
La terapia cognitivo comportamentale del disturbo ossessivo-compulsivo

Manuale completo
per l'assessment e il trattamento

A cura di
Gabriele Melli e Claudia Carraresi

GUIDE
PSICOLOGIA



Erickson

IL LIBRO

LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Sempre più pazienti intraprendono un percorso terapeutico per i sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e le conseguenti limitazioni. Questo comporta infatti una profonda sofferenza soggettiva e compromette la qualità di vita della persona e dei suoi cari. Fortunatamente, le conoscenze sempre più approfondite e dettagliate sul disturbo e lo sviluppo di procedure di trattamento altamente specifiche consentono oggi di intervenire efficacemente anche su casi complessi e atipici.

Un manuale pratico ed esaustivo che illustra passo per passo la valutazione e il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo con la terapia cognitivo-comportamentale.

Questo volume offre una panoramica sullo stato dell'arte della terapia cognitivo-comportamentale del DOC, così come si è evoluta negli ultimi decenni. La prima parte affronta l'inquadramento diagnostico, la fenomenologia clinica e i sottotipi di disturbo, la comorbidità e la diagnosi differenziale, nonché i modelli di concettualizzazione di riferimento. La seconda parte illustra nel dettaglio le modalità di conduzione dell'*assessment* e della formulazione del caso, per poi passare in rassegna tutte le strategie

Il DOC è generalmente caratterizzato dalla presenza di pensieri, immagini o impulsi ossessivi e da compulsioni o altri comportamenti volti a gestire il disagio emotivo.

comportamentali e cognitive necessarie a impostare un trattamento personalizzato, cucito su misura dello specifico paziente, e prevenire le ricadute. Ogni procedura presentata è esemplificata tramite casi clinici reali ed estratti di sedute. Il volume costituisce pertanto uno strumento indispensabile per la formazione e l'aggiornamento di psicologi, psicoterapeuti e psichiatri che desiderino una guida pratica e aggiornata cui riferirsi per la corretta valutazione del disturbo e per impostare un trattamento efficace che tenga conto della specificità di ogni singolo caso.

I CURATORI

GABRIELE MELLI

Psicologo e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale. Presidente dell'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO, Firenze). Direttore del Centro di Eccellenza per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (CEDOC) di Firenze.

CLAUDIA CARRRESI

Psicologa e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale. Libera professionista presso il Centro Clinico Verdi di Prato e l'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO, Firenze), con cui collabora a fini di ricerca e di divulgazione scientifica.

€ 27,00



www.erickson.it

I CURATORI

GABRIELE MELLI

Psicologo e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale. Presidente dell'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO, Firenze), scuola quadriennale di psicoterapia riconosciuta dal MUR, presso cui esercita anche l'attività clinica. Direttore del Centro di Eccellenza per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (CEDOC) di Firenze. Segretario Nazionale di CBT-Italia – Società Italiana di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale. Presidente dell'Associazione Italiana Disturbo Ossessivo-Compulsivo (AIDOC). Membro della Direzione Scientifica della Rivista Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale. Docente presso numerose scuole di specializzazione in psicoterapia cognitivo-comportamentale riconosciute dal MUR. La sua attività clinica, di ricerca e di formazione è rivolta prevalentemente al trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo.

CLAUDIA CARRRESI

Psicologa e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale. Svolge libera professione a Prato presso il Centro Clinico Verdi e a Firenze presso l'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO), con cui collabora anche a fini di ricerca e di divulgazione scientifica. Fa parte dei professionisti affiliati al CEDOC (Centro di Eccellenza per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo) di Firenze ed è membro del direttivo dell'Associazione Italiana Disturbo Ossessivo-Compulsivo (AIDOC), oltre che socia ordinaria della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC) e dell'Associazione EMDR Italia. Svolge inoltre attività di formazione presso enti formativi accreditati ed è docente e supervisore presso la scuola di specializzazione dell'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva di Firenze (IPSICO). La sua attività clinica e di ricerca è rivolta prevalentemente al trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo.

GLI ALTRI AUTORI

LAURA CACCICO

Psicologa e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale. È esperta nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo,

della dipendenza affettiva, dei disturbi d'ansia e di personalità. Fa parte dei professionisti affiliati al CEDOC (Centro di Eccellenza per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo) e collabora attivamente per la ricerca, la clinica e la formazione con l'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO) di Firenze. Lavora privatamente a Pisa presso il Centro PsicoClinico e a Forte dei Marmi (LU) presso lo Studio il Forte.

IRENE CASTELLANI

Psicologa e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale. Formata in Schema Therapy e Compassion Focused Therapy. Docente presso la scuola quadriennale di specializzazione in psicoterapia dell'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO) di Firenze. Lavora presso il medesimo Istituto, dove svolge attività clinica e di ricerca. Si occupa primariamente di psicodiagnosi, disturbi di personalità, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi d'ansia, difficoltà relazionali, perfezionismo e ipercontrollo, in adolescenti e adulti.

LAURA DI LEONARDO

Psicologa e specializzanda in psicoterapia presso l'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO) di Firenze. Si occupa di disturbo ossessivo-compulsivo sul piano clinico e della ricerca scientifica. Le sue principali aree di intervento sono i disturbi d'ansia, i disturbi depressivi e il disturbo ossessivo-compulsivo. Si occupa, inoltre, di problematiche relazionali in bambini, adolescenti e adulti. È membro del Centro di Eccellenza per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (CEDOC), del Centro di Eccellenza per i Disturbi dell'Ansia Sociale (CEDAS) ed è socio aderente della Società Italiana di Psicoterapia Cognitivo Comportamentale (CBT-Italia).

ELENA MICHELI

Psicologa e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale. Si occupa di disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi d'ansia, disturbo post-traumatico da stress e disturbi di personalità. È formata in Acceptance and Commitment Therapy (ACT), EMDR, Terapia Sensomotoria e Terapia Metacognitiva Interpersonale. Fa parte dei professionisti affiliati al CEDOC (Centro di Eccellenza per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo) e collabora attivamente per la formazione, la clinica e la ricerca

con l'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO) di Firenze. Lavora privatamente a Firenze presso il medesimo Istituto e a Montecatini Terme (PT) presso il Centro Clinico Logos.

ANDREA POLI

Psicologo e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Ph.D. in Neurobiologia e EMDR Practitioner. Professore a contratto presso l'Università di Pisa e docente in molteplici master e workshop in tutta Italia. Cofondatore del Centro Clinico Verdi di Prato e membro dello staff clinico della Scuola Cognitiva di Firenze (SCF), presso i quali esercita anche l'attività clinica e di ricerca. Ha lavorato per anni presso la Scuola Normale Superiore e presso l'Istituto di Neuroscienze del CNR di Pisa. Socio Ordinario SITCC, CBT-Italia, EMDR Italia, Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico (SISST), European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) e membro della Society for Neuroscience (SfN).

MARTA J. VENTURINI DRABIK

Psicologa e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale. È esperta nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo e dei disturbi d'ansia. Fa parte dei professionisti affiliati al CEDOC (Centro di Eccellenza per il trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo) e collabora attivamente per la ricerca, la clinica e la formazione con l'Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO) di Firenze. Lavora privatamente a Firenze presso IPSICO e a Montecatini Terme (PT) presso il Centro Clinico Logos.

Indice

<i>Prefazione</i> (Gabriele Melli)	9
CAPITOLO 1	
Inquadramento diagnostico, fenomenologia e sottotipi clinici (<i>Andrea Poli, Irene Castellani e Gabriele Melli</i>)	11
CAPITOLO 2	
Comorbidità e diagnosi differenziale (<i>Laura Di Leonardo, Claudia Carraresi e Andrea Poli</i>)	77
CAPITOLO 3	
Modelli di concettualizzazione (<i>Marta J. Venturini Drabik e Gabriele Melli</i>)	123
CAPITOLO 4	
Assessment e formulazione del caso (<i>Elena Micheli, Laura Caccico, Claudia Carraresi e Marta J. Venturini Drabik</i>)	153
CAPITOLO 5	
Interventi comportamentali (<i>Claudia Carraresi e Laura Di Leonardo</i>)	227
CAPITOLO 6	
Interventi cognitivi (<i>Marta J. Venturini Drabik e Gabriele Melli</i>)	293
CAPITOLO 7	
Interventi sulla vulnerabilità storica (<i>Laura Caccico e Claudia Carraresi</i>)	341
CAPITOLO 8	
Interventi sulle credenze emozionali (<i>Laura Caccico, Elena Micheli e Gabriele Melli</i>)	357
CAPITOLO 9	
Interventi specifici per la contaminazione mentale (<i>Elena Micheli, Gabriele Melli e Claudia Carraresi</i>)	385
CAPITOLO 10	
Interventi specifici in età evolutiva (<i>Claudia Carraresi e Laura Di Leonardo</i>)	419

CAPITOLO 11	
Interventi sui familiari	
(<i>Andrea Poli e Irene Castellani</i>)	455
CAPITOLO 12	
Prevenzione della ricaduta	
(<i>Irene Castellani e Andrea Poli</i>)	469

Prefazione

Gabriele Melli

Oltre venti anni fa, durante il mio percorso di specializzazione, ho iniziato a interessarmi ai pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), che trovavo particolarmente complessi e affascinanti. Era un'epoca, che sembra molto lontana anche se non lo è, in cui la terapia cognitivo-comportamentale non era certo così diffusa in Italia e nel mondo. Le sue applicazioni al trattamento del DOC erano quasi totalmente limitate all'utilizzo dei protocolli comportamentali di esposizione con prevenzione della risposta. Il cognitivismo si stava affermando lentamente ed era accolto con un certo scetticismo, ma ci stava aiutando a comprendere il funzionamento della «mente ossessiva».

Da allora a oggi non ho mai smesso di interessarmi all'argomento, di studiare, di formarmi all'estero, di partecipare ai meeting nazionali e internazionali di settore, di leggere articoli scientifici, di far ricerca e pubblicare sul tema, ma soprattutto qualche centinaio di pazienti è passato sotto ai miei occhi e ognuno di questi mi ha insegnato qualcosa.

A volte mi capita di ripensare ai casi che ho seguito all'inizio della mia carriera, magari anche con buoni risultati, ma che oggi, alla luce delle conoscenze e dell'esperienza clinica acquisite, vedrei sotto tutta un'altra luce e tratterei in modo completamente diverso da come ho fatto all'epoca. In tutto questo tempo, infatti, le conoscenze sul DOC sono progredite enormemente, è stato riconosciuto ufficialmente come un disturbo a sé stante, non riconducibile (giustamente) sotto l'ombrello dei disturbi d'ansia, ne sono state descritte

tipologie che vent'anni fa non sarebbero state inquadrabili, si è accumulata una mole di ricerca e di esperienza clinica che ci consente di intervenire efficacemente anche su casi complessi e atipici.

Ecco quindi l'esigenza di scrivere questo manuale, per provare a sistematizzare tale mole di informazioni e a trasferirle a più colleghi possibile, in modo che sempre più pazienti che soffrono per le gravi limitazioni imposte da questo disturbo possano trovare risposte valide ed efficaci. Non è il primo e non sarà certamente l'ultimo, perché tra altri vent'anni immagino sapremo molte più cose di oggi, ma ritengo comunque sia una pietra miliare necessaria.

Certo mi sarebbe stato quasi impossibile scriverlo senza il prezioso contributo dei miei collaboratori che afferiscono al Centro di Eccellenza per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (CEDOC) che abbiamo creato alcuni anni fa. Con loro ho condiviso buona parte del mio cammino professionale e condivido ogni giorno casi clinici e progetti di ricerca, stimolandoci reciprocamente nel tentativo di continuare a migliorarci.

Li ringrazio tutti per aver appoggiato la mia «folle» idea e lavorato duramente per portarla a termine, ma in particolare la dottoressa Carraresi, che mi affianca e mi supporta (e sopporta) da più tempo, cui ho delegato buona parte del lavoro di curatela.

Il mio augurio è che questo grande sforzo venga apprezzato dai lettori, che potranno trovare nel manuale tutte le indicazioni pratiche per la corretta classificazione e valutazione dei vari sottotipi del disturbo, per poi impostare un trattamento cucito su misura dello specifico paziente. Come troverete più volte ribadito nel volume, infatti, non ritengo esista un unico modello e protocollo di intervento valido per tutti i casi. È quindi compito del clinico essere flessibile e adattare il proprio modo di lavorare al paziente che ha di fronte; non sta a quest'ultimo adattarsi al modello di riferimento del terapeuta.

Suggerisco pertanto una lettura attenta e lineare del libro, dalla prima all'ultima pagina, seguendo l'ordine dei capitoli e senza saltare le prime parti, cui si farà costante riferimento in tutto il testo. Ogni strategia presentata, infatti, può essere efficace solo se utilizzata con i casi cui si addice, guidati da una precisa formulazione del caso, che implichi una chiara e condivisa comprensione del funzionamento mentale del singolo paziente.

Spero che dopo aver letto e studiato questo testo vi sentiate un po' più preparati ed efficaci e riusciate ad amare i pazienti ossessivo-compulsivi come li ho amati io. Sapranno certamente darvi grandi soddisfazioni oltre ad esservi eternamente riconoscenti.

Buona lettura e buon lavoro!

Inquadramento diagnostico, fenomenologia e sottotipi clinici

Andrea Poli, Irene Castellani e Gabriele Melli

Giovanni, 32 anni, è un rappresentante agli esordi della sua carriera. Si descrive come ambizioso e volitivo ma limitato nella sua professione da una costante «ossessione per i germi e lo sporco». La paura verso i germi sembra essere emersa in modo subdolo all'età di 20 anni: durante il primo anno di università, infatti, Giovanni divide il proprio alloggio con altri giovani ragazzi le cui abitudini igieniche sono, a suo avviso, alquanto discutibili. Si insinua, in modo crescente, il dubbio che gli spazi comuni di casa (bagno, cucina) non siano puliti e che l'uso degli stessi possa essere rischioso in termini di contaminazione con conseguenze terribili sulla propria salute. Ne derivano paure ingravescenti che ad oggi sono sfociate in continui pensieri sulla possibilità di contrarre una malattia e trasmetterla ad altri (compresi gli anziani genitori): in particolare, Giovanni è ossessionato dal pensiero che ciò avvenga per una sua disattenzione o non perfetta pulizia dopo essere entrato in contatto con ambienti esterni potenzialmente sporchi, come le maniglie delle porte o le sedie dei luoghi pubblici. Quando l'evitamento di tali situazioni non è possibile, Giovanni ricorre ad altri mezzi di protezione, come guanti usa e getta o igienizzanti per le mani. Al rientro a casa le pulizie divengono ancora più insistenti: gli indumenti vengono tutti puliti e le mani lavate più volte e a lungo. Assume antidepressivi dall'età di 26 anni senza alcun effetto apprezzabile e non riconosce del tutto l'eccessività delle sue preoccupazioni e dei suoi comportamenti volti a gestirle. Molto spesso perde tempo in ricerche (online o tramite medici) volte ad accertarsi che le sue «accortezze» siano effettivamente sufficienti a prevenire un contagio.

Simonetta, 65 anni, si presenta allo studio lamentando una «situazione insostenibile». Da un anno in pensione dopo quasi 40 anni di insegnamento, si descrive come una donna da sempre amante dell'ordine e della pulizia domestica. Da quando il tempo libero dagli impegni professionali è aumentato, il bisogno di tenere la casa pulita e «incontaminata», così come tutti i suoi oggetti personali, è divenuto progressivamente maggiore fino ad essere «maniaco», come lei stessa afferma. Simonetta racconta di essere sempre più «infastidita» dall'idea che il pavimento di casa possa essere sporco di residui di urina del proprio gatto o di altri animali, involontariamente trasportati dall'esterno. Con l'aiuto del terapeuta, Simonetta arriva a identificare un'emozione intensa di disgusto che la spinge non solo a pulire in modo sempre più ossessivo il pavimento, ma anche a dover lavare se stessa dopo aver svolto le faccende domestiche. I lavaggi sono poi progressivamente aumentati sia nella frequenza (lavaggi di mani ricorrenti durante la giornata) sia nella durata (doccia di quasi due ore). Ciò al fine di essere sicura di rimuovere completamente residui «invisibili» di urina dal proprio corpo e non rischiare poi di diffonderla ad aree pulite della casa, come ad esempio il letto. Tutto ciò avviene a maggior ragione al rientro a casa, dopo essere uscita e aver quindi frequentato luoghi pubblici. Si spoglia infatti interamente e getta i vestiti nella cesta degli indumenti sporchi o addirittura, talvolta, nella pattumiera, per poi farsi una lunga doccia e cambiarsi. Ultimamente pone anche maggiore attenzione alle abitudini igieniche del marito. Chiede anche a lui di lavarsi spesso le mani, di spogliarsi, farsi la doccia e cambiarsi quando rientra, oppure di non toccare determinate superfici. Ciò genera dei dissapori con il coniuge che, esasperato, spesso la accusa di essere «impazzita» oppure di non sapersi controllare.

Angela, una donna di 40 anni, sposata e madre di due figlie, si presenta visibilmente tesa e inquieta al primo colloquio. Riferisce da qualche mese una «apparentemente improvvisa esplosione» di dubbi relativi all'aver danneggiato inavvertitamente o accidentalmente qualcuno. I suoi sintomi più debilitanti riguardano i momenti in cui è alla guida della propria auto. Quando sente un rumore, ad esempio oltrepassando una buca o un dosso, prova un intenso senso di allarme all'idea di aver investito accidentalmente un bambino. Nel tentativo di alleviare l'ansia, torna indietro lungo la strada appena percorsa per cercare qualsiasi segno di investimento o incidente stradale. Inoltre, una volta rientrata a casa, compie ulteriori verifiche e controlli volti a individuare qualsiasi traccia di sangue sotto gli pneumatici. Riferisce di aver recentemente notato un peggioramento di queste paure, che adesso la affliggono anche se qualcuno semplicemente attraversa la strada dopo che lei l'ha percorsa, tanto che nelle ultime due settimane evita il più possibile l'utilizzo della macchina e, se costretta, prima di mettersi alla guida compie una serie di rituali scaramantici che possano scongiurare un eventuale accadimento

negativo. I rituali, all'inizio semplicemente basati sul bisogno di «mettere in moto» l'auto in un orario associato a numeri «positivi» (ad esempio il tre) oppure evitare di indossare indumenti di colori «nefasti» (ad esempio il nero), si sono gradualmente allargati fino a diventare un lungo e rigido cerimoniale, caratterizzato da gesti di tipo superstizioso volti a ridurre l'ansia anticipatoria. Sebbene sia consapevole di come le sue preoccupazioni siano irrazionali, trova molto difficile resistere a questi suoi impulsi o tranquillizzarsi in altro modo. Ne seguono vissuti di autosvalutazione, sentimenti di profonda tristezza e abbattimento («Non sono più capace nemmeno di guidare. Sto creando problemi a tutti»).

Francesco, un uomo di 47 anni, scapolo e senza figli, amava passare il tempo con i suoi nipoti che lo consideravano il loro «zio preferito». Nelle ultime settimane, tuttavia, evita attivamente di trovarsi da solo coi nipotini a causa di una crescente ansia che percepisce alla sola idea di incontrarli. L'ansia di Francesco si è presentata «all'improvviso» quando, dopo aver visto un documentario televisivo sulla pedofilia, ha avuto un primo dubbio «E se anch'io fossi così?». Dopo un primo momento di smarrimento e paura Francesco ha iniziato ad avere immagini intrusive relative al poter toccare i bambini con desiderio sessuale. Questi pensieri non sono accompagnati da alcuna eccitazione, ma Francesco ne rimane ugualmente sconvolto, giudicandoli come segnali di perversione, e tenta di opporvisi in ogni modo scacciandoli dalla mente. Il paziente riferisce di tentare di gestire il disagio cercando rassicurazioni dagli altri. Anche dal terapeuta vorrebbe una risposta rispetto alla possibilità di essere realmente pedofilo o meno. I suoi tentativi di mettere alla prova la propria eccitazione di fronte a immagini di bambini o pubblicità di prodotti per l'infanzia non hanno infatti placato il bisogno impellente di ottenere una risposta certa. Anzi, il fatto di essersi «messo alla prova» con tali immagini lo ha fatto sentire anche «moralmente sporco» e questo enorme senso di colpa ha innescato delle preghiere serali in cui chiede perdono a Dio. Nonostante la severa educazione religiosa ricevuta l'abbia sempre portato ad essere piuttosto costante nella preghiera quotidiana, Francesco afferma di aver notato che ultimamente questi «riti religiosi» risultano sempre più lunghi e rigidi: a un'attenta analisi il clinico comprende come le preghiere abbiano assunto il carattere di vere e proprie compulsioni, perché divenute un modo di contrastare non solo le immagini a carattere pedofilico, ma anche altre immagini mentali indesiderate con contenuti blasfemi e incestuosi che Francesco considera come indici di una sua natura «mostruosa» e «immorale» mai conosciuta finora («È così che si diventa dei criminali?»).

Monica, 21 anni, si rivolge in consultazione affermando di non essere più in grado di sostenere gli esami universitari. Da sempre perfezionista ed estremamente puntigliosa, ha sempre vissuto lo studio con grande ansia

per un bisogno estremo di «sapere tutto esattamente». Con l'inizio della carriera universitaria, riferisce di aver notato un progressivo e subdolo aumento della tensione durante la preparazione degli esami. Questa tensione viene ridotta attraverso gesti ripetuti, come il sottolineare più volte una parola o lisciare la pagina di un manuale finché non è perfettamente priva di pieghe. Più in generale, tende a ripetere più volte una serie di azioni finché non sente di averle fatte in modo perfettamente armonico. Passa ore a sistemare e allineare gli oggetti, soprattutto in camera propria. Impiega un sacco di tempo a lavarsi e vestirsi perché tutte le operazioni devono esser fatte seguendo una sequenza specifica e in modo impeccabile. Monica non riferisce alcun timore specifico associato all'idea di non mettere in atto questi rituali, ma nutre l'aspettativa che, se non si sentisse «a posto», non riuscirebbe a concentrarsi nello studio, a dormire bene, a trarre piacere dalle attività di svago. Tale estrema necessità che le cose siano «nel modo giusto» è dunque finalizzata a prevenire un generico senso di «disagio», valutato come assolutamente intollerabile e invalidante.

Antonio, 25 anni, originario della Campania, vive a Firenze da quando aveva 10 anni. La sua famiglia si è trasferita e il passaggio dall'ambiente di vita in cui è cresciuto alla nuova realtà non è stato facile per lui. A differenza del fratello maggiore, che si è subito adattato alla scuola superiore, Antonio ha trovato molta difficoltà a iniziare il nuovo ciclo scolastico. Il passaggio alla scuola media infatti è stato accompagnato sia da difficoltà di rendimento sia da problemi di adattamento al gruppo classe: Antonio, infatti, diveniva spesso oggetto di derisione per il suo accento e talvolta anche di «scherzi di cattivo gusto» come furti di materiale scolastico. Questi comportamenti dei compagni sono aumentati nel tempo e hanno portato Antonio a chiudersi e isolarsi sempre più, fin quando, in seguito a un episodio più plateale (il diario e i libri gli sono stati buttati nel bidone dell'immondizia del bagno), Antonio ha supplicato i genitori di cambiare istituto scolastico. Da quel momento, nonostante la situazione nella nuova scuola fosse migliore, Antonio ha iniziato progressivamente a mostrare reticenza nell'entrare in contatto con stimoli che lo riportavano (anche solo con la mente!) alle passate esperienze negative. I primi segnali di *distress* sono stati esperiti da Antonio mentre ripercorreva la strada che conduce al vecchio istituto: da quella prima esperienza di estremo disagio, nel tempo se ne sono aggiunte altre associate alla vista di oggetti utilizzati in quel periodo (come, ad esempio, il vecchio diario) oppure dell'autobus che prendeva per recarsi a scuola. Queste esperienze sono divenute progressivamente crescenti, tanto da indurre Antonio a controllarle evitando questi stimoli. L'impalcatura di evitamenti ha mantenuto stabile la situazione per diversi anni permettendo ad Antonio di sostenere gli studi senza una grossa compromissione del funzionamento. A condizione, però, che nessuno in famiglia nominasse più «il periodo nero».

Il motivo per cui Antonio, attualmente impiegato alle poste, chiede una visita psicologica, è dato da un incontro fortuito. Nella fila dei clienti del suo ufficio ha infatti riconosciuto un suo ex compagno di classe. In seguito all'incontro Antonio torna a casa agitato, sconvolto e con una sensazione di forte disagio che si placa soltanto con la doccia e la pulizia di tutti gli effetti personali che ha con sé. Da quel giorno, il solo pensiero che la stessa persona possa di nuovo recarsi nel suo luogo di lavoro diviene una vera e propria ossessione: Antonio cerca di scacciarla dalla mente con forza, ma il solo pensarci innesca di nuovo l'impulso a lavare le mani. Ne derivano una serie di strategie per tentare di tenere la testa libera da pensieri relativi a quella persona e in generale al «periodo nero»: Antonio tende a pulire più volte al giorno la postazione di lavoro che sente ormai «sporcata» e gli abiti al rientro a casa devono essere tolti secondo una sequenza di movimenti ben precisa e lavati immediatamente. Dopo questi rituali di svestizione e pulizia, Antonio tende a ruminare per ore su eventuali movimenti fatti a lavoro per assicurarsi di non essersi «contaminato» più di quanto pensi e ripercorre anche mentalmente i lavaggi appena effettuati per essere sicuro di averli svolti perfettamente. Inoltre, certi stimoli che possano rimandare a ex compagni di classe (quali i loro nomi di battesimo) sono ad oggi sufficienti per innescare in Antonio uno stato emotivo che lui descrive semplicemente come «essere sporco» e vissuto come assolutamente ingestibile se non con lavaggi o rituali mentali di ripetizione di frasi rassicuranti e «positive».

Gli ingredienti comuni ai vari casi clinici

Le persone sopra descritte presentano forme diverse di disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), tutte caratterizzate da alcuni ingredienti principali che si possono rilevare a un attento esame clinico.

I pazienti descritti sperimentano pensieri, immagini mentali o impulsi involontari, ricorrenti, intrusivi e indesiderati, definiti «ossessioni». Fanno parte delle ossessioni, ad esempio, pensieri intrusivi come quelli di Giovanni che riguardano la possibilità di potersi contaminare e quindi ammalare in seguito al contatto con sostanze sporche o potenzialmente nocive («Se dopo aver toccato la maniglia non mi lavo nuovamente le mani rischio di contrarre una malattia»). Per certi versi simili sono le preoccupazioni di Angela che si rivolgono a un danno accidentale (in questo caso non un contagio ma un incidente) che lei stessa potrebbe inavvertitamente provocare («E se questo rumore che ho appena udito fosse l'urto di un pedone che ho investito senza accorgermi?»). Sia Angela che Giovanni temono quindi una conseguenza terribile per una propria disattenzione o leggerezza. Nel caso di Angela la paura di

arrecare danno assume anche la forma di pensieri superstiziosi o scaramantici, che costituiscono un altro sottotipo ossessivo piuttosto comune.

Francesco, diversamente, presenta i dubbi cosiddetti identitari (che vedremo poi far parte della categoria pensieri inaccettabili a carattere sessuale) relativi alla possibilità di potersi scoprire diverso da come si è sempre creduto. In particolare, teme di poter essere una persona attratta sessualmente dai bambini («E se anch'io provassi piacere nel toccare i miei nipoti in certe zone del corpo?»). A questi timori si sono associate nel tempo anche altre ossessioni a carattere immorale, andando a complicare il quadro, ovvero altri «pensieri inaccettabili» che Francesco giudica altrettanto gravi.

Simonetta e Antonio hanno ossessioni che riguardano la contaminazione ma, diversamente da Giovanni, senza alcun timore di malattia. Essi rifuggono infatti stati di disgusto e di forte disagio e intensa paura associati proprio alla possibilità di entrare in contatto con agenti contaminanti fisici (urina del gatto) o mentali (vedo il mio ex compagno di scuola).

Infine, Monica presenta ossessioni legate a un estremo bisogno di ordine e simmetria nella disposizione di oggetti e dubbi sull'aver effettivamente appreso tutte le nozioni contenute nel manuale di studio. Tutto ciò è associato a un bisogno di «completezza» e di «essere a posto» per poter svolgere in modo efficace i propri compiti.

Esistono, come vedremo, molti altri tipi di ossessioni, ma quello che accumuna tutte le persone affette da DOC è il fatto che questi pensieri assumono una forma ripetitiva e intrusiva, perché vissuti come indesiderati e potenzialmente «pericolosi» per più di un motivo. La focalizzazione sulla minaccia percepita dopo il contatto con una superficie sporca porta Giovanni a sovrastimare la probabilità di potersi ammalarci. Per Angela il solo fatto di aver pensato all'eventualità di aver investito qualcuno è già indicativo che ciò possa essere accaduto, dato che non se ne era mai preoccupata prima. Francesco giudica le immagini mentali pedofiliche come moralmente deprecabili e indicative della sua «natura perversa». Monica, Simonetta e Antonio valutano intollerabile o potenzialmente dannosa la sensazione associata ai loro dubbi. Queste «valutazioni» sono — come vedremo in dettaglio nei prossimi capitoli — ciò che concorre a rendere i pensieri intrusivi dei pazienti non saltuari e isolati, bensì ripetuti e intrusivi. La persona, infatti, proprio perché reputa i dubbi come inaccettabili, anormali e pericolosi, li vive con profonda angoscia e tenta con ogni mezzo di scacciarli e opporsi ad essi.

Alla luce di queste prime osservazioni, è facilmente comprensibile come il disturbo ossessivo-compulsivo sia stato definito anche la «malattia del dubbio». Il dubbio patologico differisce dai normali pensieri intrusivi che possono essere

sperimentati da chiunque nel corso della vita: le ossessioni, per essere definite tali, devono essere vissute come intensamente sgradevoli e indesiderate, ripetute nel tempo (per durata e frequenza) e pervasive (presenti in più contesti). Il dubbio ossessivo è estremamente intenso, forte, pervasivo e inarrestabile.

Nonostante la frequenza con la quale vengono sperimentati i pensieri ossessivi possa essere estremamente variabile, con manifestazioni che variano da persistenti e quasi costanti a intermittenti e meno pervasive, questi vengono comunque accompagnati da reazioni emotive di disagio e da comportamenti (osservabili o mentali) con i quali le persone tentano di annullarli o prevenirli.

I protagonisti dei nostri esempi clinici sperimentano sentimenti di grande sofferenza in associazione alle ossessioni. Nei casi di Giovanni e Angela l'emozione prevalente che accompagna i dubbi ossessivi è l'ansia: entrambi, infatti, sperimentano il timore anticipatorio di un danno futuro che potrebbe accadere per loro disattenzione. L'ansia sembra placarsi solo temporaneamente con dei comportamenti compulsivi (ad esempio, lavaggi o controlli) e nel tempo diviene una costante quotidiana perché, gradualmente, si generalizza a tutte le situazioni in cui il dubbio può scatenarsi: notate come Giovanni viva con ansia tutte le situazioni in cui si trova a contatto con superfici di luoghi pubblici e come Angela sia già attivata o spaventata alla sola idea di doversi mettere alla guida. Nel caso di Simonetta i timori di contaminazione con l'urina del gatto generano stati di disgusto e, diversamente da Giovanni, ella non prova alcuna ansia di contagio. Similmente, Antonio vive l'idea di una contaminazione (legata alla sola possibilità di vedere una persona «negativa») associata a un'elevatissima attivazione emozionale che sembra contenere paura, disgusto, rabbia e altri vissuti scarsamente riconosciuti dal paziente. Se analizziamo la situazione di Francesco, l'emozione principale che accompagna l'ossessione pedofilica è il senso di colpa, accompagnata da vera e propria paura. L'evitamento, infatti, diviene la strategia di fronteggiamento principale, perché la paura di poter «perdere il controllo e fare qualcosa ai bambini» è così intensa che il paziente non sembra in grado di sostenerla. Monica non riesce a descrivere puntualmente lo stato emotivo associato al suo bisogno ossessivo di controllo mentale, di perfezione estetica, di simmetria e ordine degli oggetti, ma si limita a parlare di un generale senso di «disagio e incompletezza». Tra le componenti emozionali in questi casi rientrano quindi il disgusto e la sensazione di non essere a posto, definita anche *Not Just Right Experience* (NJRE) e che, più recentemente dell'ansia, sono state riconosciute come fattori motivazionali presenti e sottostanti ai meccanismi ossessivo-compulsivi.

Esistono, come vedremo nel dettaglio, anche altre possibili sfumature emotive associate alle ossessioni. Lo possiamo già intuire in particolare nel caso

di Antonio, le cui emozioni sono sfumate, scarsamente riconosciute e così tanto attivanti che restano difficili da esplorare. Anche in questo caso molto particolare di DOC — che rientra nella dimensione della «contaminazione mentale» di cui parleremo approfonditamente — l'evitamento diviene il mezzo principale per contenere un disagio difficilmente gestibile.

Il disturbo ossessivo-compulsivo è generalmente caratterizzato dalla presenza sia di ossessioni sia di compulsioni. Entrambe possono avere caratteristiche estremamente eterogenee.

Dato che, come abbiamo detto, le ossessioni possono generare ansia, disgusto, senso di colpa, dubbio, sofferenza e/o un senso di fastidio molto intensi, il desiderio di alleviare tali conseguenze aversive è altrettanto forte e stringente. Le compulsioni sono pertanto comportamenti messi in atto proprio allo scopo di ridurre o prevenire tali emozioni sgradevoli: esse possono essere costituite da azioni fisiche ben visibili dall'esterno (*overt*) o atti mentali volontari (*covert*).

Le compulsioni, generando un sollievo emotivo — per quanto momentaneo — diventano atti ripetuti e stereotipati e spesso arrivano a costituire veri e propri rituali strutturati. Pensiamo a Giovanni o Antonio: i primi lavaggi, con il passare del tempo, aumentano di frequenza e rigidità fino a strutturarsi in lunghe sequenze di comportamenti di pulizia e igienizzazione. Anche i rituali scaramantici di Angela, inizialmente limitati a determinati gesti «fortunati» (mettere in moto l'auto ad un certo orario), crescono poi in termini di quantità e varietà di manifestazioni trasformandosi in cerimoniali estremamente rigidi. La stessa Angela, inoltre, attua anche tutta una serie di controlli (ad esempio, tornare indietro con l'auto o verificare visivamente lo stato degli pneumatici) e questo ci aiuta a capire come ogni paziente possa manifestare comportamenti compulsivi di diverso tipo. L'unico dei pazienti esaminati che presenta compulsioni mentali è Antonio che, a fianco dei lavaggi (compulsioni *overt*), sviluppa tutta una serie di rituali cognitivi apparentemente invisibili ad occhio nudo (compulsioni *covert*). Si ripete infatti mentalmente delle frasi positive volte a «depurare» la propria mente da scene negative associate a persone temute (ad esempio l'ex compagno di scuola).

Le compulsioni rappresentano solo una parte dell'ampia gamma di comportanti volti a sedare o bloccare il disagio connesso alle ossessioni. Le persone affette da DOC utilizzano infatti altri mezzi di rassicurazione, uno tra tutti il cosiddetto «evitamento». Giovanni, ad esempio, tenta di evitare i luoghi pubblici quanto più possibile per non entrare in contatto con superfici potenzialmente contaminate da batteri. L'evitamento può manifestarsi anche a livello mentale con meccanismi di «contrasto dei pensieri» come quelli di Antonio, che scaccia con forza qualsiasi contenuto mentale che lo rimandi alla

fonte della contaminazione, in particolare ai vecchi compagni di scuola. Un altro comportamento che si riscontra frequentemente nel DOC per gestire il disagio causato dalle ossessioni è la richiesta di assicurazione. Francesco si rivolge al medico e al terapeuta stesso con la domanda diretta: «Lei può assicurarmi che io non sia pedofilo?».

Fanno inoltre parte delle strategie di auto-rassicurazione anche le cosiddette «messe alla prova», che sono tipiche dei pazienti con pensieri inaccettabili a carattere sessuale, aggressivo o immorale. Pensiamo a Francesco: è plausibile che egli si sottoponga a dei *test* per misurare un eventuale stato interno di eccitazione fisica di fronte a immagini o video con bambini e bambine, proprio al fine di confermare o disconfermare i propri timori.

Infine, nel DOC si trovano anche altre strategie di regolazione emotiva, quali le ruminazioni ossessive volte ad assicurarsi di non aver messo in atto un comportamento temuto: questo vale sia nel caso di Antonio, che deve assicurarsi di non essersi «sporcato» inavvertitamente, sia in quello di Angela, che ripercorre anche mentalmente (non solo fisicamente!) il tragitto alla ricerca di un segnale di pericolo. Più avanti vedremo nel dettaglio le manifestazioni cliniche che i mezzi di auto-rassicurazione ossessiva possono assumere nella pratica.

Invalidazione del disturbo

Come vedremo in seguito, il DOC, per essere definito tale, deve produrre una profonda sofferenza soggettiva e generare una compromissione della qualità di vita della persona. Ad esempio, tutti i pazienti descritti si rivolgono allo specialista quando i sintomi hanno già compromesso il loro funzionamento. Francesco vive il dramma di non poter trascorrere del tempo in compagnia dei nipoti, Giovanni evita quanto più possibile i luoghi pubblici e, in seguito alle trasferte lavorative, i rituali di pulizia sono talmente estenuanti che la vita sociale ne risulta ridotta al minimo. Angela riferisce sentimenti di profonda autosvalutazione e la percezione di se stessa come «problematica» e «inca-pace». Monica si dichiara «totalmente bloccata dal DOC nel funzionamento scolastico-universitario» e Simonetta riporta incomprensioni e litigi con il marito a causa della sua «fissazione» per lo sporco.

Le vite di queste persone sono segnate e nessuna di loro sente di avere una via d'uscita.

Il DOC ha solitamente un impatto importante sul funzionamento degli individui che ne sono affetti tanto da essere considerato una delle principali cause di disabilità fra i disturbi psichiatrici.

Epidemiologia e decorso

Il disturbo ossessivo-compulsivo può esordire in qualsiasi momento della vita. Tuttavia, generalmente si ritiene che esso abbia due picchi di incidenza, uno intorno agli anni prepuberali e l'altro durante la giovane età adulta (Farrell, Barrett, & Piacentini, 2006; Geller et al., 1998; Taylor, 2011; Zohar, 1999).

I tassi di prevalenza del DOC in infanzia e adolescenza variano tra lo 0.25% e il 4% (Douglass et al., 1995; Heyman et al., 2001; Valleni-Basile et al., 1994; Zohar, 1999). Il tasso di prevalenza *lifetime* del DOC è stimato invece fra l'1 e il 3% (Guzick et al., 2017; McKay, Abramowitz, & Storch, 2017; Ruscio et al., 2010; Yuki et al., 2012). Queste stime suggeriscono che il DOC rappresenti una condizione relativamente frequente in infanzia e adolescenza. Tuttavia, è possibile che il numero di bambini e adolescenti che soffrono di DOC sia in qualche misura sottostimato, a causa del ridotto accesso ai servizi di salute mentale o della mancanza di sensibilità diagnostica verso il DOC infantile da parte dei professionisti della salute mentale (Moore et al., 2007). Inoltre, i bambini presentano solitamente un minore *insight* riguardo alla natura delle loro ossessioni e compulsioni (Foa et al., 1995; Lewin et al., 2010; Storch et al., 2008) oppure tendono a nascondere i propri sintomi per vergogna o imbarazzo (Geller, March, The AACAP Committee on Quality Issues, 2012; Geller et al., 2001), e ciò porta a un *gap* temporale tra il momento di esordio e quello in cui il disturbo viene riconosciuto e trattato (Geller et al., 1998; Stengler et al., 2013).

Spesso, comunque, le prime manifestazioni del disturbo emergono in età evolutiva, fra gli 8 e gli 11 anni, con un incremento delle diagnosi durante la pubertà e la giovane età adulta (Farrell, Barrett, & Piacentini, 2006; Guzick et al., 2017; Zohar, 1999). Negli studi clinici, da un terzo alla metà degli adulti con DOC riportano un esordio del disturbo prima dei 15 anni di età (Pauls et al., 1995; Rasmussen & Eisen, 1990).

Sebbene i sintomi ossessivo-compulsivi siano espressi in modo simile nel corso del ciclo di vita, vi sono importanti differenze tra il DOC a esordio infantile e quello a esordio in età adulta. Ad esempio, i casi a esordio precoce riguardano prevalentemente individui maschi con un rapporto tre a due tra maschi e femmine (Geller et al., 1998). Questa differenza, tuttavia, si attenua con l'età e la prevalenza risulta simile tra maschi e femmine nella tarda adolescenza con, talvolta, una prevalenza maggiore per il genere femminile (Castle, Deale, & Marks, 1995; Guzick et al., 2017; Kessler et al., 2012).

Inoltre, diversi studi familiari hanno trovato che il DOC a esordio precoce si associa con una maggiore familiarità per il disturbo (Nestadt et al., 2000). Questo potrebbe quindi rappresentare un sottotipo di DOC con una maggiore

componente ereditaria e con specifiche caratteristiche genetiche (si veda ad esempio, Hemmings et al., 2004).

L'esordio generalmente è di tipo graduale, con la sintomatologia che inizia a manifestarsi in maniera subdola per poi aggravarsi nel tempo. Si rilevano comunque casi di esordio acuto, con sintomi improvvisi ed evidenti, che solitamente segue un evento di vita particolarmente stressante.

I tassi di prevalenza del DOC sembrano essere simili nei diversi Paesi, al di là delle diverse manifestazioni cliniche che possono essere influenzate dalla cultura del luogo (Nedeljkovic et al., 2012). L'esordio precoce, il maggior tasso di prevalenza nelle femmine e la presentazione di ossessioni e compulsioni multiple sembrano infatti caratteristiche rilevabili in differenti culture (Clark & Inozu, 2014; Fontenelle et al., 2004; Guzick et al., 2017; Kessler et al., 2012; Ruscio et al., 2010; Subramaniam et al., 2012). Le differenze culturali, piuttosto, sembrano avere un impatto sul contenuto delle ossessioni riferite (Clark & Inozu, 2014; Guzick et al., 2017) e sul tipo di comportamento compulsivo messo in atto a seguito di specifiche ossessioni (Guzick et al., 2017; Wheaton et al., 2013): esistono infatti configurazioni di base (con timori di contaminazione e di arrecare danno, pensieri inaccettabili e preoccupazioni per l'ordine e la simmetria), comunemente riscontrate nei diversi campioni clinici dei diversi Paesi, e fattori locali che possono modellare il contenuto di ossessioni e compulsioni nelle diverse culture.

In riferimento alla prognosi a lungo termine, la maggior parte dei pazienti che ricevono trattamenti *evidence-based* specifici per il disturbo ossessivo-compulsivo sperimenta generalmente miglioramenti significativi della sintomatologia, con la metà che riesce ad acquisire una remissione sintomatologica (Bloch, 2017; McKay et al., 2015). Tuttavia, circa il 30% dei pazienti non risponde ai trattamenti disponibili (McKay & Carp, 2017).

Tra gli elementi che sembrano associati a una peggiore prognosi si rilevano: una scarsa o mancata risposta iniziale ai trattamenti *evidence-based* o farmacologici e livelli maggiori di compromissione e gravità sintomatologica prima del trattamento (Bloch, 2017); la presenza di alti livelli di scrupolosità; sovrastima della veridicità delle ossessioni e della necessità di agire le compulsioni; comorbidità con depressione maggiore; evitamento motivato da stati emotivi differenti dall'ansia (ad esempio disgusto e *Not Just Right Experience*); non adeguata considerazione dei fattori culturali (McKay & Carp, 2017; McKay, Arocho, & Brand, 2014). Inoltre, sintomi specifici, quali quelli legati al bisogno di ordine e simmetria, generalmente ottengono minore risposta al trattamento rispetto ad altri, come quelli relati al timore di danno o di contaminazione (Abramowitz et al., 2003; McKay & Carp, 2017).

I dati relativi ai pazienti che non ricevono trattamenti *evidence-based* sono invece meno chiari. Senza un adeguato trattamento, i tassi di remissione sintomatologica negli adulti sono piuttosto bassi. Tuttavia, circa il 40% dei casi con esordio in età infantile o adolescenziale può avere una remissione nella prima età adulta (American Psychiatric Association, 2013).

In genere, i casi, seppur infrequenti, di remissione spontanea si verificano in età evolutiva (Bloch, 2017). Il *pattern* sintomatologico degli adulti tende infatti a restare più stabile nel tempo mentre nei bambini e nei giovani ragazzi è più variabile.

Senza trattamento il tipo di decorso può essere (Melli, 2018):

- episodico (alcuni periodi con sintomatologia attiva che si alternano a periodi di remissione o sintomatologia estremamente blanda);
- cronico fluttuante (con sintomi che non scompaiono mai del tutto e che variano nell'intensità di manifestazione nel corso della vita);
- cronico stabile (con sintomi che si manifestano gradualmente per poi stabilizzarsi nel tempo);
- cronico ingravescente (il più frequente, per il quale la sintomatologia inizia gradualmente, è seguita da periodi di peggioramento e periodi di stabilità seguiti poi da nuovi peggioramenti).

Al di là del profilo che la sintomatologia può assumere nel corso del tempo, è indubbio che il disturbo ossessivo-compulsivo sia spesso associato a elevati livelli di *distress*, depressione e isolamento sociale; inoltre, impatta negativamente sull'autostima del paziente, con interferenze significative sul suo funzionamento familiare, lavorativo e socio-relazionale.

Ne deriva l'importanza di una precoce e attenta diagnosi, basata su un'approfondita conoscenza non solo dei criteri formali richiesti dai manuali psichiatrici, ma anche e soprattutto delle sfaccettature fenomeniche che il disturbo può presentare nella pratica clinica.

Inquadramento diagnostico

Da un punto di vista formale, la diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo implica che siano soddisfatti i seguenti criteri riportati nel *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022):

A. Presenza di ossessioni, compulsioni o entrambi.

Le ossessioni sono definite da (1) e (2):

1. Pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi e indesiderati e che nella maggior parte degli individui causano ansia o disagio marcati.
2. Il soggetto tenta di ignorare o di sopprimere tali pensieri, impulsi o immagini o di neutralizzarli con altri pensieri o azioni (cioè mettendo in atto una compulsione).

Le compulsioni sono definite da (1) e (2):

1. Comportamenti ripetitivi (per es., lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (per es., pregare, contare, ripetere parole mentalmente) che il soggetto si sente obbligato a mettere in atto in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente.
2. I comportamenti o le azioni mentali sono volti a prevenire o ridurre l'ansia o il disagio o a prevenire alcuni eventi o situazioni temuti; tuttavia, questi comportamenti o azioni mentali non sono collegati in modo realistico con ciò che sono designati a neutralizzare o a prevenire, oppure sono chiaramente eccessivi.

Nota: i bambini piccoli possono non essere in grado di articolare le ragioni di questi comportamenti o azioni mentali.

- B. Le ossessioni o compulsioni fanno consumare tempo (per es. più di 1 ora al giorno) o causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- C. I sintomi ossessivo-compulsivi non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una sostanza (per es. una droga, un farmaco) o a un'altra condizione medica.
- D. Il disturbo non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale (per es., eccessive preoccupazioni, come nel disturbo d'ansia generalizzata; preoccupazioni legate all'aspetto, come nel disturbo da dismorfismo corporeo; difficoltà di gettare via o separarsi dai propri averi, come nel disturbo da accumulo; strapparsi peli, come nella tricotillomania [strappamento di peli]; stuzzicamento della pelle, come nel disturbo da escoriazione [stuzzicamento della pelle]; stereotipie, come nel disturbo da movimento stereotipato; comportamento alimentare ritualizzato, come nei disturbi alimentari; preoccupazione per sostanze o per il gioco d'azzardo, come nei disturbi correlati a sostanze e nei disturbi da *addiction*; preoccupazioni legate all'avere una malattia, come nel disturbo da ansia di malattia; impulsi o fantasie sessuali, come nei disturbi parafilici; impulsi, come nei disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della con-

dotta; ruminazioni relative al senso di colpa, come nel disturbo depressivo maggiore; pensieri intrusivi o preoccupazioni deliranti, come nei disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici; oppure *pattern* di comportamenti ripetitivi, come nel disturbo dello spettro dell'autismo).

Specificare se:

Con insight buono o sufficiente: L'individuo riconosce che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo sono decisamente o probabilmente non vere, o che esse possono essere o possono non essere vere.

Con insight scarso: L'individuo pensa che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo siano probabilmente vere.

Con insight assente/convinzioni deliranti: L'individuo è assolutamente sicuro che le convinzioni del disturbo ossessivo-compulsivo siano vere.

Specificare se:

Correlato a tic: L'individuo ha una storia attuale o passata di disturbo da tic.

Nonostante la maggior parte degli individui con DOC presenti sia ossessioni che compulsioni, lo stesso DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) consente di formulare la diagnosi anche nei casi in cui siano presenti anche solo ossessioni o compulsioni clinicamente significative senza la condizione necessaria che siano presenti entrambe. Così, alcuni pazienti presentano ossessioni ma non riescono a identificare compulsioni ad esse corrispondenti (i cosiddetti ossessivi puri, o *pure O*; Torres et al., 2013). Altri, invece, mettono in atto comportamenti compulsivi senza riuscire a identificare ossessioni da cui questi derivino.

Al di là delle specifiche configurazioni del disturbo (per le quali ossessioni e compulsioni possono variare in termini di contenuto oppure possono o meno essere entrambe presenti e ben riconoscibili), la condizione necessaria è che esse occupino un tempo giornaliero rilevante e creino un disagio soggettivo oppure una compromissione del funzionamento tale da poter essere definite clinicamente significative e quindi distinguibili dagli occasionali pensieri intrusivi o comportamenti ripetitivi che si possono riscontrare nella popolazione generale.

Il DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) includeva il disturbo ossessivo-compulsivo fra i disturbi d'ansia. Uno dei più significativi cambiamenti introdotti dal DSM-5 e confermato dal recente DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) riguarda la sua collocazione in una nuova e specifica sezione denominata «disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati» che include, oltre al DOC, il disturbo di dismorfismo corporeo, il disturbo da accumulo, la tricotillomania (disturbo da strappamento di peli),

il disturbo da escoriazione (stuzzicamento della pelle), il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati indotto da sostanze/farmaci, il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica, il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati con altra specificazione, e il disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati senza specificazione.

Una delle principali ragioni di questo cambiamento riguarda il fatto che, per quanto le persone affette da DOC possano riferire elevati livelli di ansia e *distress*, la struttura e il funzionamento del disturbo includono delle specificità che non consentono di sovrapporlo al funzionamento tipico dei disturbi d'ansia (Guzick et al., 2017). Inoltre, se nel DSM-IV-TR le ossessioni erano definite come «inappropriate e che causano ansia», nel DSM-5-TR sono descritte come «pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti, vissuti, in qualche momento nel corso del disturbo, come intrusivi e indesiderati» (American Psychiatric Association, 2022), eliminando così ogni riferimento ai contenuti o al fatto che esse si distinguano dalle preoccupazioni quotidiane.

Un altro cambiamento ha previsto lo scorporare dalle manifestazioni del DOC il disturbo da accumulo, per il quale è ora prevista una diagnosi distinta (Guzick et al., 2017). Infine, un'ulteriore modifica riguarda l'inserimento dello specificatore «correlato a tic» (fino al 30% dei pazienti DOC possono avere disturbi da tic nel corso della vita; American Psychiatric Association, 2013) e l'ampliamento dello specificatore riguardo al livello di *insight* del paziente (Guzick et al., 2017). Infatti, se il DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) dava per scontato che i sintomi fossero riconosciuti come un prodotto della mente e valutati come eccessivi e irragionevoli, il DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) prima e il DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) poi propongono uno spettro di *insight* che include diverse categorie: buono o sufficiente, scarso, assente/convinzioni deliranti.

I pazienti che presentano un basso grado di consapevolezza possono arrivare a considerare le preoccupazioni ossessive come indiscutibilmente vere e appropriate, senza spazio per la minima rivalutazione cognitiva, alla stregua delle rappresentazioni deliranti (Penzel, 2017). L'*insight* scarso indica la tendenza dell'individuo a considerare i contenuti ossessivi probabilmente veri e i tentativi di mettere in discussione tali idee possono essere poco fruttuosi. Al contrario, i pazienti che presentano maggiore oggettività/*insight* relativa ai propri pensieri ossessivi possono valutare questi ultimi come ridicoli, irrealistici, o perlomeno eccessivi, contemplando la possibilità che le conseguenze negative temute non si verifichino o che il loro contenuto non sia necessariamente espressione della propria natura o dei propri desideri.

Comorbidità e diagnosi differenziale

Laura Di Leonardo, Claudia Carraresi e Andrea Poli

Comorbidità

Comorbidità tra DOC e altre sindromi psichiatriche

Ricerche epidemiologiche (Fineberg et al., 2013; Hofmeijer-Sevink et al., 2013; Ruscio et al., 2010) e studi su campioni clinici (Nestadt et al., 2009) indicano la presenza di alti tassi di comorbidità del disturbo ossessivo-compulsivo con altri disturbi psichiatrici. Si stima che il 40-60% dei pazienti con DOC presenti almeno un altro disturbo in concomitanza (Denys et al., 2004; Pinto et al., 2006; Torres et al., 2006), mentre le stime salgono al 90% quando viene considerata la comorbidità nell'arco di vita (Pinto et al., 2006; Ruscio et al., 2010). Nonostante la considerevole eterogeneità nei risultati di questi studi, i disturbi depressivi e i disturbi d'ansia emergono come le diagnosi più frequentemente riscontrate in coesistenza con il DOC.

Dagli studi epidemiologici come il *National Comorbidity Survey Replication* negli Stati Uniti (NCS-R; Ruscio et al., 2010), le condizioni con il più alto tasso di comorbidità con il DOC sono risultate essere i disturbi d'ansia (75.8%), seguiti dai disturbi dell'umore (63.3%), dai disturbi da discontrollo degli impulsi (55.9%) e dai disturbi da uso di sostanze (38.6%). Usando i dati della *Netherlands Obsessive Compulsive Disorder Association*, Hofmeijer-Sevink e colleghi (2013) hanno mostrato come il 36.6% del campione presentasse un

concomitante disturbo d'ansia, mentre il 24.9% un disturbo dell'umore. Altri disturbi in comorbidità, come i disturbi psicotici, i disturbi dell'alimentazione e i disturbi da uso di sostanze, mostravano invece un tasso di prevalenza molto basso (<10%). Prendendo in considerazione l'arco di vita, il 78% dei partecipanti riportava una storia di comorbidità (Hofmeijer-Sevink et al., 2013). I tassi più elevati venivano rilevati per i disturbi d'ansia (46.1%) e i disturbi dell'umore (63.9%), in contrasto con i bassi tassi di prevalenza dei disturbi da uso di sostanze (13.6%), dei disturbi dell'alimentazione (10.7%), dei disturbi somatoformi (5.8%) e dei disturbi psicotici (4.7%).

Nei campioni clinici di pazienti con diagnosi primaria di DOC, i tassi di comorbidità risultano comparabili, se non più elevati, di quelli riportati negli studi epidemiologici. Torresan e colleghi (2013) hanno evidenziato la presenza di almeno un altro disturbo psicopatologico *lifetime* nel 90.8% dei pazienti con DOC. Le condizioni più comuni in questo campione risultavano essere i disturbi depressivi (71.7%), i disturbi d'ansia (70%) e i disturbi da discontrollo degli impulsi (39.0%). In particolare, molto frequenti erano il disturbo depressivo maggiore (68.4%), la fobia sociale (36.1%) e il disturbo d'ansia generalizzato (34.6%).

Riguardo all'ordine di esordio, alcuni dati sembrano indicare che il DOC preceda il disturbo in comorbidità nell'85% dei casi (Lensi et al., 1996); diversamente, altri autori sostengono che i disturbi d'ansia in comorbidità tendano a precedere l'esordio del DOC, mentre la depressione tenda a seguirlo (Brown et al., 2001; Hofmeijer-Sevink et al., 2013; Rickelt et al., 2016; Ruscio et al., 2010).

Depressione, distimia e disturbo bipolare

La compresenza di un disturbo depressivo maggiore o di distimia nel DOC è alta e varia dal 30 al 50% (Brown et al., 1993; Karno & Golding, 1991; Lensi et al., 1996). I tassi risultano ancora più elevati (65-80%) se si considera la prevalenza del disturbo depressivo nell'arco di vita (Brown et al., 2001; Crino & Andrews, 1996; Rasmussen & Eisen, 1992). Studi longitudinali prospettici, come il *Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study* (Pinto et al., 2006) e lo *Zurich Cohort Study* (Fineberg et al., 2013), hanno trovato tassi di comorbidità del DOC con la depressione rispettivamente del 67% e del 60%. Tassi più moderati sono stati riscontrati da Hofmeijer-Sevink e colleghi (2013) in un campione clinico di pazienti con DOC, dei quali solo il 24.9% riceveva anche una diagnosi di disturbo dell'umore al momento dell'*assessment*. In particolare, il disturbo depressivo maggiore risultava presente nel 18.3% del campione, mentre la distimia nel 5.5%.

I pazienti con DOC e disturbo depressivo maggiore presentano una maggiore gravità dei sintomi, una peggiore qualità di vita e una incrementata compromissione funzionale (Huppert et al., 2009; Rickelt et al., 2016), oltre a una più precoce età di esordio (Chen & Dilsaver, 1995) e a una maggiore cronicità del disturbo (Stavrakaki & Vargo, 1986). Nonostante sia plausibile pensare che la presenza di depressione possa incrementare i sintomi ossessivi esacerbando il disturbo, il pattern più usuale è che il *distress* causato dai sintomi ossessivo-compulsivi porti allo sviluppo di un disturbo depressivo secondario (Demal et al., 1993; McNally et al., 2017; Rasmussen & Eisen, 1992).

Per quanto riguarda la comorbilità tra DOC e disturbo bipolare, i dati risultano essere molto più esigui ed eterogenei. Mentre negli studi su campioni clinici i tassi di comorbilità nell'arco di vita vanno dal 2.7 al 21.5% (Abramowitz, 2011; Kolada, Bland, & Newman, 1994; Lensi et al., 1996; Perugi et al., 1997), in un più recente studio longitudinale prospettico, Fineberg e colleghi (2013) hanno mostrato come il 40% del campione presentasse una storia di disturbo bipolare. Dato da tenere in considerazione, ma a nostro avviso fortemente sovrastimato.

Al di là dei dati di ricerca, l'esperienza clinica suggerisce che un livello più o meno grave di depressione sia spesso presente nei pazienti con DOC, motivo per cui la presenza di una sintomatologia depressiva deve essere sempre valutata in fase di *assessment*. Il più delle volte, comunque, la depressione risulta secondaria al disturbo ossessivo-compulsivo, tanto che trattando quest'ultimo l'umore tende a migliorare spontaneamente. Per questo, in presenza di livelli lievi o moderati di depressione solitamente si procede al trattamento del DOC, per poi valutare come evolve il tono dell'umore. Solo in un secondo momento, se necessario, si implementano interventi clinici volti direttamente al miglioramento dell'umore. Quando però i livelli di depressione sono gravi o è presente un disturbo bipolare, è necessario dare priorità al trattamento del disturbo dell'umore, anche attraverso interventi farmacologici, e rimandare la terapia dei sintomi ossessivo-compulsivi a una fase successiva in cui l'umore sia sufficientemente stabilizzato.

Disturbi d'ansia

La relazione tra il DOC e i disturbi d'ansia è stata fortemente dibattuta in ambito scientifico e nosografico, soprattutto nel contesto della tanto discussa riclassificazione del disturbo operata nel DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Molti pazienti con una diagnosi primaria di DOC sperimentano sintomi o disturbi d'ansia. In particolare, il disturbo d'ansia sociale sembra

avere il più alto tasso di comorbidità con il DOC (35-41%), seguito dalla fobia specifica (17-21%). Al contrario, tassi più variabili sono stati riscontrati per il disturbo di panico (12-29%) e il disturbo d'ansia generalizzato (7-22%) (Antony et al., 1998; Brown et al., 2001; Crino & Andrews, 1996).

Considerando la comorbidità *lifetime*, gli studi epidemiologici americani e tedeschi riportano come diagnosi prevalente il disturbo d'ansia sociale (con tassi che si aggirano attorno al 40%; Adam et al., 2012; Ruscio et al., 2010), mentre quelli britannici e svedesi rilevano tassi più elevati di comorbidità *lifetime* con il disturbo d'ansia generalizzato (31.4-50%; Fineberg et al., 2013; Torres et al., 2006). All'interno delle stesse indagini epidemiologiche, le altre categorie diagnostiche hanno mostrato inferiori tassi di comorbidità con il DOC: la fobia specifica dal 15.1 al 42.7%, il disturbo di panico/agorafobia dal 16.7 al 22.1%, il disturbo d'ansia da separazione intorno al 37.1%.

Anche questi dati sono a nostro avviso sopravvalutati, perché nelle indagini epidemiologiche le comorbidità vengono stimate attraverso strumenti non sempre affidabili e manca una valutazione clinica che veda al di là della rispondenza o meno a un criterio. Ciononostante, è un dato di fatto che alcuni disturbi d'ansia, in particolare il disturbo d'ansia sociale e il disturbo di panico, possano essere presenti in coesistenza con il DOC, richiedendo un adeguamento del percorso terapeutico. Tuttavia, solitamente il disturbo ossessivo-compulsivo risulta prevalente, più invalidante, e richiede priorità di trattamento.

Disturbo da uso di sostanze

I risultati delle ricerche epidemiologiche statunitensi e britanniche indicano tassi di comorbidità *lifetime* con il disturbo da uso di sostanze di circa il 38%. La prevalenza della dipendenza da alcol è risultata più frequente (24%-34%) di quella da droghe (14%; Ruscio et al., 2010; Torres et al., 2006).

I dati derivanti dalle indagini su campioni clinici con DOC suggeriscono percentuali di comorbidità nettamente inferiori e più rispondenti alla realtà. Uno studio clinico tedesco ha trovato che solo il 13.6% del campione con DOC presentava un disturbo da uso di sostanze nell'arco di vita (Hofmeijer-Sevink et al., 2013). Nel *Singapore Mental Health Study*, il 5.1% del campione con DOC mostrava una comorbidità *lifetime* con l'abuso di alcol e il 2.1% con la dipendenza da alcol (Subramaniam et al., 2012). Allo stesso modo, altri autori (Denys et al., 2004; Fineberg et al., 2013; Lochner et al., 2014) hanno trovato tassi di comorbidità relativamente bassi nei loro campioni clinici.

Nella nostra esperienza clinica ci è capitato molto di rado di riscontrare una storia di dipendenza da alcol o sostanze nei pazienti con DOC. Ove presente,

il comportamento di uso/abuso sembrava avere una funzione di regolazione emotiva disfunzionale, al pari di certi rituali compulsivi.

Schizofrenia e disturbi psicotici

Nei pazienti con schizofrenia, i tassi di prevalenza del DOC variano dal 3.8% al 59.2%, in base ai criteri diagnostici utilizzati, al campione clinico e alla fase della malattia (Poyurovsky, Weizman, & Weizman, 2004). In letteratura, i pazienti con questa comorbidità sono stati descritti come più compromessi, socialmente isolati e resistenti al trattamento rispetto ai pazienti che non presentavano tale comorbidità (Hagen et al., 2014).

Per quanto ne sappiamo, molti pazienti psicotici hanno stereotipie e comportamenti pseudo-compulsivi che possono portare a una diagnosi di DOC in comorbidità. A un attento esame, però, questi comportamenti non hanno quasi mai la funzione di tenere sotto controllo il disagio derivante da un'ossessione, sono perlopiù afinalistici o bizzarri, e il soggetto non è in grado di criticarne razionalmente l'utilità, come invece può sempre fare un paziente con DOC. Certamente, dunque, possono esistere disturbi psicotici con manifestazioni ossessivo-compulsive, ma è più un problema di corretta diagnosi differenziale che non di comorbidità. In questi casi, l'intervento cognitivo-comportamentale, così come descritto in questo manuale, non trova particolare applicazione.

Disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo

Nella penultima edizione del *Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) il DOC è stato spostato nel capitolo disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, che include: disturbo di dismorfismo corporeo, disturbo da accumulo, tricotillomania e disturbo da escoriazione. La decisione di collocare il DOC in questa categoria di disturbi è stata presa sulla base di dati di letteratura che hanno evidenziato eziologia e *pattern* di comorbidità comuni tra questi disturbi.

La prevalenza dei disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo nel DOC varia infatti dal 28.4% (de Mathis et al., 2013) al 67.1% (du Toit et al., 2001). In un campione clinico di pazienti con DOC, du Toit e colleghi (2001) hanno rilevato che i disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo più frequenti erano: disturbo da escoriazione (28.2%), disturbo da dismorfismo corporeo (12.9%) e tricotillomania (12.9%). Più recentemente, Lochner e colleghi (2014) hanno osservato che, in un campione di 457 pazienti con DOC, l'8.7% di questi presentava una diagnosi di dismorfismo corporeo, il 7.4% di disturbo da escoriazione e

il 5.3% di tricotillomania. Infine, i comportamenti di accumulo si manifestano nel 10-20% dei pazienti con diagnosi di DOC (Boerema et al., 2019; Chakraborty et al., 2012; Frost, Steketee, & Tolin, 2011; Mathews et al., 2014).

Disturbo d'ansia di malattia

L'ansia di malattia viene comunemente osservata nei pazienti con DOC (si veda, ad esempio, Abramowitz, Olatunji, & Deacon, 2007) e la ricerca ha evidenziato un significativo tasso di comorbidità tra disturbo d'ansia di malattia e DOC (ad esempio, in Bienvenu et al., 2000, viene segnalata una percentuale del 15%). Nonostante i timori di malattia (ad esempio contaminazione da HIV) e altre preoccupazioni somatiche (ad esempio gravi problemi medici) siano tra le manifestazioni più comuni del DOC (si vedano, ad esempio, Foa et al., 1995; Rasmussen & Tsuang, 1986), i dati disponibili in letteratura suggeriscono che la sovrapposizione tra i due disturbi sia limitata. Sembra infatti che la presenza del DOC aumenti il rischio di avere un grave disturbo d'ansia di malattia — e viceversa — ma i tassi di comorbidità tra i due disturbi non sono maggiori di quelli presenti tra il DOC e i disturbi d'ansia (Barsky, 1992; Deacon & Abramowitz, 2008; Sunderland, Newby, & Andrews, 2013) e l'ansia di malattia non risulta più elevata nel DOC rispetto ad altri comuni disturbi psichiatrici (Fallon et al., 2000).

Disturbo da tic

Il fatto che il DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) abbia incluso uno specificatore «correlato a tic» per identificare i pazienti con DOC con contemporanea diagnosi di disturbo da tic, potrebbe suggerire un'elevata co-occorrenza dei due quadri. In realtà, i tassi di prevalenza *lifetime* variano tra l'1.74% (Zohar et al., 1997) e il 28.4% (de Alvarenga et al., 2012) nei campioni adulti, e si aggirano attorno al 12% quando vengono inclusi anche bambini e adolescenti (Lochner et al., 2014). Il sottogruppo di pazienti con DOC in associazione con disturbo da tic è caratterizzato da esordio precoce, sesso prevalentemente maschile, elevata frequenza di immagini o pensieri intrusivi violenti o di tipo sessuale e compulsioni di accumulo e conteggio (Holzer et al., 1994; Zohar et al., 1997).

Disturbi di personalità

Il disturbo ossessivo-compulsivo presenta alti tassi di comorbidità con i disturbi di personalità, con valori stimati che superano il 50% dei casi (Black

et al., 1993; Friberg et al., 2013; Horesh et al., 1997; Mataix-Cols et al., 2000; Mavissakalian, Hamann, & Jones, 1990; Pigott et al., 1994; Skodol et al., 1995). Generalmente, si ritiene che i disturbi di personalità più frequentemente in comorbidità con il DOC siano quelli del Cluster C, con tassi approssimativi del 25% (Bejerot et al., 1998; Denys et al., 2004; Friberg et al., 2013; Mavissakalian et al., 1993; Pena-Garijo et al., 2013; Thomsen & Mikkelsen, 1993). In una metanalisi, il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità risultava avere il più alto tasso di comorbidità con il DOC, seguito dai disturbi evitante e dipendente di personalità (Friberg et al., 2013).

I disturbi dei Cluster A e B sembrano essere meno comuni nel DOC, ma comunque presenti. Bulli e colleghi (2016) hanno trovato che, tra i pazienti che presentavano una comorbidità, l'11.3% aveva un disturbo di personalità del Cluster C, mentre l'8.8% un disturbo di personalità del Cluster B. Il disturbo di personalità più frequente era il DOCP (9.4%), seguito dal disturbo narcisistico di personalità (6.3%) e dal disturbo borderline di personalità (1.9%). I disturbi di personalità del Cluster A erano i meno comuni: solo uno dei partecipanti soddisfaceva i criteri diagnostici per un disturbo schizotipico di personalità (Bulli et al., 2016). L'associazione del DOC con il disturbo schizotipico di personalità è stata riscontrata in diversi studi (Poyurovsky & Koran, 2005), ma con tassi di prevalenza molto variabili (Baer et al., 1990; Horesh et al., 1997; Jenike et al., 1986; Matsunaga et al., 2000; Rasmussen & Tsuang, 1986; Samuels et al., 2000; Stanley et al., 1990).

La relazione tra DOC e disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP) merita una trattazione a parte. I tassi di comorbidità riscontrati nei campioni clinici, che variano tra il 23 e il 47.3% (Bejerot et al., 1998; Coles et al., 2008; Gordon et al., 2013; Mancebo et al., 2005; Pinto et al., 2006; Pozza et al., 2021; Samuels et al., 2000; Tenney et al., 2003), sono sostanzialmente più elevati rispetto a quelli riportati nei campioni comunitari (0.9-2.0%; Samuels et al., 2002; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001) e sembrano supportare la presenza di una specifica relazione tra DOC e DOCP.

Nonostante la relazione tra DOC e DOCP sia stata nel tempo oggetto di considerevole interesse, il legame tra i due disturbi rimane ancora poco chiaro. Inizialmente, la personalità ossessivo-compulsiva era considerata la personalità pre-morbosa del DOC e i primi studi suggerivano un forte legame tra le due condizioni, con tassi di comorbidità estremamente elevati (53-72%) (Ingram, 1961; Rosenberg, 1967). Inoltre, alcuni studi familiari svolti su parenti di pazienti con DOC avevano fornito un ulteriore supporto al legame tra le due condizioni, mostrando un'elevata prevalenza di tratti DOCP in tali soggetti rispetto ai parenti di soggetti di controllo (Lenane et al., 1990; Swedo et al., 1989).

Data l'elevata concomitanza tra le due condizioni, alcuni autori hanno suggerito che la compresenza tra DOC e DOCP potrebbe costituire uno specifico sottotipo di DOC, caratterizzato da età di esordio precoce, maggiore frequenza di disturbi d'ansia e depressivi e peggiore funzionamento psicosociale (Coles et al., 2008; Garyfallos et al., 2010; Gordon et al., 2013; Nestadt et al., 2009). Secondo altri, invece, il DOCP sarebbe un'entità distinta all'interno dello spettro ossessivo-compulsivo (Bartz, Kaplan, & Hollander, 2007) con caratteristiche qualitativamente differenti come, ad esempio, la maggiore egosintonia nei confronti dei sintomi e l'assenza di ossessioni (Pinto et al., 2014).

L'esperienza clinica insegna che, al di là delle diagnosi formali da DSM, tratti patologici di personalità sono molto spesso presenti nei pazienti con DOC. Indubbiamente le personalità ossessivo-compulsive, dipendenti ed evitanti (Cluster C) sono le più rappresentate, soprattutto nei casi ove prevalgono le preoccupazioni di essere responsabili di danni, lesioni, incidenti, disgrazie (con rituali di controllo e superstiziosi), le preoccupazioni di contaminazione basate sul timore di contagio/danno (e non sul disgusto) e le preoccupazioni relative all'ordine e alla simmetria. In generale, dunque, nei casi in cui i fattori emotivi in gioco siano primariamente il timore di colpa e l'evitamento della *Not Just Right Experience*.

Troviamo invece più facilmente aspetti istrionici, borderline o narcisistici (Cluster B) nei pazienti che presentano timori di contaminazione basati sul disgusto e/o contaminazione mentale, così come in quelli che hanno pensieri inaccettabili a contenuto omosessuale/pedofilico/perverso o ossessioni sulla relazione e sul *partner*.

I tratti patologici di personalità del Cluster A (schizoide, schizotipico, paranoide, antisociale) sono poco presenti nei pazienti DOC, almeno in quelli che richiedono un trattamento. Gli aspetti schizotipici, come evidenziano anche i dati di ricerca, si possono tuttavia riscontrare in alcuni pazienti, in particolare ove prevalgano timori magico/superstiziosi. Questi tratti personali complicano il caso e peggiorano la prognosi, anche perché i livelli di consapevolezza dell'irrazionalità delle proprie preoccupazioni risultano spesso molto bassi o addirittura assenti, e il pensiero magico può assumere forme molto rigide e pervasive.

Comorbilità e predittori di esito

La presenza di un disturbo in comorbilità con il DOC è solitamente associata con una maggiore gravità dei sintomi, una più bassa risposta al trattamento e una peggiore prognosi del DOC (Jakubovski et al., 2013; Steketee

et al., 2000). Nonostante siano stati riscontrati casi in cui la comorbidità con un solo disturbo non ha necessariamente influenzato la gravità (Denys et al., 2004) o la cronicità del DOC (Eisen et al., 1999), vi è un'ampia evidenza che una comorbidità multipla si associ a una maggiore gravità e cronicità del disturbo (Hofmeijer-Sevink et al., 2013; Jakubovski et al., 2013; Tükel et al., 2002). Ne deriva inevitabilmente la necessità di prendere in considerazione la presenza di altri disturbi in comorbidità quando si programmano la valutazione, la presa in carico e il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo (Hofmeijer-Sevink et al., 2013).

Sorprendentemente, pochi studi hanno valutato direttamente l'influenza delle comorbidità sull'esito dei trattamenti cognitivo-comportamentali destinati al DOC (Lochner et al., 2014). Al di là di isolate evidenze che suggeriscono il possibile ruolo di alcune comorbidità — quali depressione (Reddy et al., 2005; Jakubovski et al., 2013), disturbo da tic (de Vries et al., 2016), disturbi di personalità (Baer et al., 1992; Cavellini et al., 1997) e disturbo schizotipico (Catapano et al., 2006) — nel modulare la risposta al trattamento, i risultati appaiono spesso incoerenti e diversificati. Risultano quindi necessarie ulteriori indagini per identificare i predittori degli *outcome* del trattamento, quando la sintomatologia ossessiva si presenta in associazione con altri disturbi psicopatologici.

L'impatto dei sintomi depressivi e del disturbo depressivo maggiore sulla risposta al trattamento del DOC risulta complesso. Per quanto riguarda l'efficacia del trattamento, sembra che i pazienti con depressione maggiore in comorbidità possano comunque raggiungere un miglioramento significativo, sebbene l'entità dei sintomi ossessivi-compulsivi al post-trattamento risulti significativamente maggiore rispetto a quella dei pazienti con DOC senza alcuna comorbidità (si vedano, ad esempio, Abramowitz & Foa, 2000; Overbeek et al., 2002). Inoltre, sembra che livelli gravi di depressione alla *baseline* siano associati con una peggiore risposta al trattamento, mentre livelli moderati di depressione non interferiscano in modo sostanziale sulla prognosi (Keeley et al., 2008; Knopp et al., 2013; McKay et al., 2015; Olatunji et al., 2013).

È interessante notare come i risultati di una recente metanalisi (Steketee et al., 2019) mostrino che livelli maggiori di depressione si associano a *outcome* peggiori al *follow-up* nel gruppo trattato con terapia comportamentale, ma non nei gruppi trattati con terapia cognitiva o con terapia cognitivo-comportamentale. La presenza di importanti sintomi depressivi potrebbe, infatti, ridurre la motivazione dei pazienti a impegnarsi nell'esposizione con prevenzione della risposta (si veda, ad esempio, Keeley et al., 2008), mentre tali pazienti potrebbero trarre benefici maggiori dagli interventi di tipo cognitivo (Abramowitz, 2004; Steketee et al., 2019).

Per quanto riguarda il disturbo bipolare, la sua presenza sembra aumentare la gravità del DOC (Timpano, Rubenstein, & Murphy, 2012). In particolare, sembra che i sintomi ossessivo-compulsivi peggiorino durante le fasi depressive e migliorino durante le fasi maniacali o ipomaniacali (Amerio et al., 2014; Mahasuar, Janardhan Reddy, & Math, 2011; Zutshi, Kamath, & Reddy, 2007). Alcune evidenze preliminari suggeriscono che la terapia comportamentale possa essere efficace nel controllare i sintomi ossessivo-compulsivi solo dopo aver stabilizzato farmacologicamente i sintomi affettivi (si veda, ad esempio, Baer, Minichiello, & Jenike, 1985). Non sono tuttavia stati condotti *trial* controllati sull'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale da sola o in combinazione con la farmacoterapia per i pazienti con disturbo bipolare in comorbilità con il DOC.

Secondo alcuni autori, la comorbilità con i disturbi d'ansia si associa con una maggiore compromissione funzionale (Fineberg et al., 2013; Welkowitz et al., 2000) e un aumentato rischio di suicidio (Angelakis et al., 2015). Diversamente, secondo altre ricerche, la comorbilità con i disturbi d'ansia non influenzerebbe in modo significativo la gravità del DOC (si vedano, ad esempio, Miyazaki, Yoshino, & Nomura, 2011; Storch et al., 2008; Viswanath et al., 2012) né l'*outcome* del trattamento.

Considerando gli altri disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo in comorbilità con il DOC, gli unici che sono risultati predittivi di una maggiore compromissione funzionale e di una minore risposta al trattamento sono il disturbo da accumulo e il disturbo di dismorfismo corporeo (Conceição Costa et al., 2012; Phillips et al., 2007).

Le evidenze relative alla risposta al trattamento del DOC in comorbilità con tutti gli altri disturbi sono piuttosto limitate. Tra questi, la presenza di abuso di alcol o droghe coesistente al DOC tende ad associarsi a una minore risposta al trattamento (si veda, ad esempio, Drake et al., 2004). Anche la comorbilità con la schizofrenia e i disturbi psicotici tende a predire una maggiore resistenza al trattamento (Hagen et al., 2014).

Per quanto riguarda i disturbi di personalità, alcuni studi hanno mostrato come i pazienti con DOC e disturbi di personalità in comorbilità tendano ad avere sintomi ossessivo-compulsivi più gravi e una maggiore compromissione funzionale, oltre a un minore *insight* (Bejerot, Ekselius, & von Knorring, 1998; Bulli et al., 2016; Coles et al., 2008; Garyfallos et al., 2010; Lochner et al., 2011; Nestadt et al., 2009).

L'impressione clinica suggerisce che una comorbilità con i disturbi di personalità potrebbe complicare il processo terapeutico, determinando un peggiore *outcome* del trattamento. Tuttavia, gli studi che hanno indagato l'influenza

della comorbidità con i disturbi di personalità sul trattamento del DOC hanno ottenuto risultati spesso incoerenti (Cavedini et al., 1997; Thiel et al., 2013).

Secondo alcuni autori, la comorbidità con un disturbo di personalità si assocerebbe a una minore risposta al trattamento (sia farmacologico sia psicoterapeutico), specialmente per quanto riguarda il Cluster A (Baer et al., 1992; Keeley et al., 2008; Thiel et al., 2013). Al contrario, una metanalisi che ha incluso 13 studi controllati randomizzati sull'efficacia della CBT nel DOC ha concluso che la presenza di uno o più disturbi di personalità non si associa con una minore risposta al trattamento (Olatunji et al., 2013). In linea con questo studio, Dettore e collaboratori (2013) hanno mostrato come l'esposizione con prevenzione della risposta applicata in forma intensiva risulti efficace nel trattamento di pazienti ossessivo-compulsivi gravi, indipendentemente dalla comorbidità con disturbi di personalità.

Anche se non tutti gli studi sono concordanti, in ambito clinico è abbastanza evidente come i disturbi di personalità possano essere responsabili di alcuni processi disfunzionali coinvolti nel fallimento terapeutico (Brandes & Bienvenu, 2006). Ad esempio, i pazienti con DOC in comorbidità con DOCP possono mostrare una minore aderenza agli *homework*, un minore coinvolgimento e fiducia nella relazione terapeutica e alti tassi di *drop-out* (Bienenfeld, 2007; Gibbs & Oltmanns, 1995; Martino et al., 2012). Il DOCP sembra quindi essere un indicatore prognostico negativo per l'*outcome* del trattamento. Questo vale sia per i trattamenti farmacologici con inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI; si veda, ad esempio, Cavedini et al., 1997), sia per il trattamento con esposizione e prevenzione della risposta (si veda, ad esempio, Pinto et al., 2011). In controtendenza, Lochner e colleghi (2011) hanno trovato tassi di risposta alla CBT simili nei gruppi di pazienti DOC con o senza una diagnosi aggiuntiva di DOCP.

Pinto e colleghi (2011) hanno esplorato la possibilità che i singoli criteri diagnostici del DOCP fossero predittori significativi dell'esito del trattamento. In base a questo studio, solo il perfezionismo sembra influire negativamente sull'*outcome* terapeutico, interferendo in molti modi: i pazienti possono avere difficoltà a sviluppare una forte alleanza terapeutica (Zuroff et al., 2000); possono tentare di eseguire gli esercizi perfettamente, invece di concentrarsi sullo scopo dell'esposizione; possono evitare o non essere aderenti agli *homework* tra le sessioni di esposizione con prevenzione della risposta per paura di non riuscire a svolgerli perfettamente; mostrano un più elevato senso di fallimento in risposta a piccoli miglioramenti e possono arrendersi se pensano che il progresso non sia ottimale (Blatt et al., 1998). Partendo da queste considerazioni, è utile che i clinici valutino di *routine* i tratti di personalità ossessivo-compulsivi

e integrino nei protocolli di trattamento *evidence-based* interventi focalizzati sulla riduzione del perfezionismo, della meticolosità e di altri tratti ossessivi di personalità che possono avere un impatto negativo sul decorso del DOC (Fricke et al., 2006; Keeley et al., 2008).

Comorbidità in infanzia e adolescenza

Anche in infanzia e adolescenza il DOC si presenta spesso in associazione con altri disturbi. Circa l'80% dei bambini e degli adolescenti con DOC soddisfa i criteri per almeno un'altra diagnosi (Canals et al., 2012; Heyman et al., 2003) e circa il 50-60% presenta due o più disturbi psichiatrici in comorbidità durante l'arco di vita (Rasmussen & Eisen, 1990). L'alto tasso di comorbidità contribuisce fortemente alla natura debilitante del disturbo e alla complessità del suo trattamento, rendendo il DOC infantile un complesso disturbo psichiatrico (Krebs & Heyman, 2010).

Alcune delle più comuni condizioni in comorbidità con il DOC in infanzia e adolescenza includono il disturbo da tic e la sindrome di Tourette, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, il disturbo oppositivo-provocatorio, i disturbi d'ansia, il disturbo depressivo maggiore e il disturbo bipolare (Canals et al., 2012; Geller et al., 2001a, 2001b; Heyman et al., 2003; Jaisooraya, Janardhan Reddy, & Srinath, 2003; Masi et al., 2007). Inoltre, ulteriori studi su campioni pediatrici hanno riportato elevati livelli di comorbidità con i disturbi dello spettro autistico (Ivarsson & Melin, 2008; Martin et al., 2020).

La comprensione delle caratteristiche distintive della forma pediatrica del DOC, e in particolare della comorbidità con i disturbi del neurosviluppo e del loro impatto sul trattamento, può aiutare i clinici nel riconoscimento e nella gestione del disturbo.

Alcune tra le più comuni condizioni in comorbidità con il DOC in età evolutiva sono i disturbi da tic (sindrome di Tourette, disturbo cronico da tic motori o verbali, disturbo transitorio da tic). L'evidenza di una stretta relazione tra i due disturbi ha portato all'inclusione, a partire dal DSM-5, dello specificatore «correlato a tic» nella descrizione del DOC, per categorizzare i pazienti ossessivo-compulsivi con una storia attuale o passata di questi disturbi (American Psychiatric Association, 2013).

Il DOC correlato a tic rappresenta circa il 10-40% dei casi di disturbo a esordio in età pediatrica (Leckman et al., 2010). L'elevata concomitanza tra i due disturbi potrebbe essere attribuita alla presenza di disfunzioni frontostriatali, che svolgono un ruolo centrale nella patogenesi di entrambi i disturbi (Eddy & Cavanna, 2014; Marsh et al., 2009).

I soggetti con DOC correlato a tic differiscono da quelli senza comorbidità in una serie di variabili demografiche e cliniche. I primi sono più frequentemente maschi e hanno una più precoce età di esordio dei sintomi ossessivo-compulsivi (Kloft, Steinel, & Kathmann, 2018). Inoltre, presentano una storia familiare di disturbo da tic (do Rosario-Campos et al., 2005; Pauls et al., 1995).

Evidenze preliminari indicano che la comorbidità con il disturbo da tic si associa a un decorso distintivo del DOC, caratterizzato da un picco precoce nella gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi e da una più frequente remissione spontanea degli stessi durante l'adolescenza (Bloch et al., 2006; Geller, 2006). I cambiamenti associati allo sviluppo e alla maturazione del bambino e responsabili della riduzione dei sintomi ticcosi potrebbero, quindi, determinare un miglioramento anche dei sintomi ossessivo-compulsivi.

I comportamenti dirompenti sono comuni nei bambini con DOC e sono spesso secondari ai sintomi ossessivo-compulsivi. Ad esempio, i bambini possono diventare agitati e aggressivi quando viene impedito loro di mettere in atto i rituali. Per alcuni, tuttavia, i comportamenti problematici soddisfano i criteri per un disturbo esternalizzante, come il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (DDAI), il disturbo oppositivo-provocatorio o il disturbo della condotta, che vengono riportati nel 10-53% dei bambini e degli adolescenti con DOC (Storch et al., 2008).

Particolarmente studiato in questo ambito è il DDAI, che sembra essere associato a una maggiore gravità e persistenza dei sintomi ossessivo-compulsivi (Walitza et al., 2008). Tuttavia, i tassi di comorbidità tra i due disturbi risultano estremamente variabili nei diversi studi. Una revisione sistematica della letteratura sulla comorbidità tra DOC e DDAI ha infatti evidenziato tassi di comorbidità tra lo 0 e il 60% nei bambini e tra il 2 e il 36% negli adolescenti (Abramovitch et al., 2015).

Uno dei dati più consistenti in letteratura è che il DOC e il DDAI sono entrambi caratterizzati da anomalie funzionali del sistema frontostriatale, che implicano rispettivamente una iper-attivazione e una ipo-attivazione delle strutture cerebrali coinvolte, quali la corteccia orbitofrontale, i gangli della base e il talamo (si veda, ad esempio, Rubia et al., 2011). A causa della riduzione dell'attività frontostriatale e del sovraccarico del sistema esecutivo da parte dei pensieri intrusivi, i preadolescenti con DOC potrebbero presentare manifestazioni cognitive e comportamentali transitorie che mimano i criteri diagnostici per il DDAI (ad esempio, difficoltà di concentrazione, sensazione di irrequietezza, evitamento di compiti che richiedono impegno cognitivo, distrazione), rendendo difficile la diagnosi differenziale e determinando una sovrastima della comorbidità tra i due disturbi (Abramovitch et al., 2015).

Interventi comportamentali

Claudia Carraresi e Laura Di Leonardo

E/RP: modello teorico e meccanismi di intervento

La terapia comportamentale è ancora oggi considerata il trattamento elettivo per il DOC (NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*, 2005). In particolare, le tecniche di esposizione con prevenzione della risposta (E/RP o EX/RP – *Exposure and Response Prevention*) costituiscono un intervento di comprovata efficacia per la riduzione della sintomatologia ossessivo-compulsiva (McKay et al., 2015).

Tale tecnica affonda le basi teoriche nel modello comportamentale del DOC, già descritto nel capitolo 3. Secondo la teoria bifattoriale (Mowrer, 1960) uno stimolo (pensiero, oggetto esterno o situazione: ad esempio un tappeto storto, una fantasia violenta verso una persona cara o una maniglia potenzialmente sporca) — per un meccanismo associativo basato sul condizionamento classico — è in grado di generare una risposta d'ansia, disgusto, NJRE o disagio. Il soggetto, mettendo in atto un comportamento per gestire questa risposta (ad esempio, una compulsione o un evitamento), ottiene un potente rinforzo negativo derivante dalla riduzione del disagio emotivo stesso. Attraverso un processo di condizionamento operante, dunque, ogni azione funzionale a ridurre l'ansia o le altre emozioni negative in gioco nel DOC dona sollievo a breve termine, ma proprio per questo rinforza l'associazione tra lo stimolo e la risposta emotiva associata. La volta successiva, di fronte allo stesso stimolo, la persona proverà ancora più disagio e si sen-

tirà spinta a ricorrere nuovamente a tale strategia di gestione per sedarlo. Inoltre, per il noto principio di generalizzazione dello stimolo, effetto del condizionamento operante, continuando a rinforzare l'associazione, non solo il medesimo stimolo produce sempre più disagio, ma si generano altri stimoli (affini all'originario) in grado di indurre la stessa risposta di ansia, disgusto o NJRE. Accade, cioè, quello che si riscontra nelle fobie semplici, dove per effetto della generalizzazione dello stimolo, conseguenza del sistematico evitamento dell'oggetto fobico (ad esempio, il cane), la persona arriva a provare ansia in modo del tutto irrazionale anche a fronte di stimoli sempre più lontani dal vero e proprio cane, ma evocativi di questo, come un guinzaglio o un *peluche*.

In quest'ottica, quindi, il circolo vizioso di mantenimento del DOC, in base al quale evitamenti, compulsioni e altre strategie comportamentali disfunzionali, alimentano all'infinito le ossessioni e il disagio associato, trova fondamento in un principio comportamentista di apprendimento. Questa ipotesi è stata considerata per anni quella più accreditata e proprio su questa è stata costruita la E/RP, che si basa sull'esporsi gradualmente agli stimoli capaci di innescare le ossessioni (e le relative reazioni emotive) astenendosi dal mettere in atto o quantomeno modificando o riducendo le risposte compulsive (prevenzione della risposta), fino ad arrivare a una significativa e spontanea riduzione del disagio a fronte degli stessi stimoli. Tale tecnica — nella sua formulazione originaria — mira, quindi, all'interruzione del rinforzo negativo prodotto dalle compulsioni e dagli evitamenti, per favorire il naturale processo di estinzione del disagio associato agli stimoli temuti.

Con il progredire della ricerca sono emersi dati che hanno messo in discussione l'ipotesi che i meccanismi d'azione della E/RP siano basati esclusivamente sul processo di estinzione, portando alla luce alcuni limiti del modello bifattoriale di Mowrer (1960) e l'ipotesi della riduzione spontanea del disagio emotivo: ad esempio, in alcuni casi le compulsioni persistono anche quando i livelli di ansia o disagio percepiti dai pazienti sono molto ridotti (Rachman & Hodgson, 1980), mentre in altri la riduzione delle risposte emotive non è il motivo principale che porta il paziente a interrompere i comportamenti disfunzionali (Bucarelli & Purdon, 2015).

Questi dati hanno spinto clinici e ricercatori a indagare altre ipotesi relative ai meccanismi d'azione coinvolti nella E/RP, già illustrati nel capitolo 3.

Rachman (1980), e successivamente Foa e Kozak (1986), ad esempio, hanno ipotizzato che l'esposizione al pensiero ossessivo e l'astensione dalla messa in atto della compulsione (o di altre strategie di rassicurazione) non agirebbero tanto attraverso l'estinzione della risposta emotiva, quanto, piuttosto,

attraverso un processo di abitudine all'associazione tra ossessione e disagio emotivo. Questa ipotesi è sostenuta all'interno della teoria dell'elaborazione emotiva (EPT; *Emotional Processing Theory*; Foa & Kozak, 1986; Rachman, 1980), secondo la quale alla base del meccanismo di mantenimento del DOC esiste una rete mnesica della paura che, una volta attivata da uno stimolo scatenante (ossessione), conduce a specifiche modificazioni fisiologiche, cognitive e comportamentali (compulsioni comprese). Con l'intento di fornire spiegazioni alternative a quella originaria basata sulla teoria della riduzione spontanea del disagio, alcuni autori hanno messo in risalto il contributo del meccanismo di ristrutturazione cognitiva per il quale il paziente, esponendosi senza rassicurarsi, giungerebbe a una falsificazione delle proprie previsioni catastrofiche (Wells, 1997). In alternativa, la E/RP potrebbe agire tramite meccanismi di incremento del senso di autoefficacia di fronte a situazioni temute (*self-efficacy*; Bandura, 1982). Altri autori (Mancini & Gragnani, 2005) evidenziano come il fattore prognostico positivo della E/RP a livello cognitivo stia nel significato che il paziente attribuisce all'esposizione e alla rinuncia ai comportamenti protettivi: in altre parole, quanto più il paziente si dispone ad accettare gradi maggiori di minaccia (e non a tentare di ridurla o smentirla), maggiore è l'efficacia terapeutica. Un'ultima ipotesi alternativa è quella dell'apprendimento inibitorio: in quest'ottica la E/RP (Craske et al., 2014) consentirebbe un apprendimento alternativo, per condizionamento classico, in cui la persona associa ai medesimi stimoli temuti nuove risposte positive e non minacciose, che gradualmente sostituiscono le risposte condizionate di ansia, disgusto o NJRE.

Al di là di quale sia il principio teorico alla base dell'efficacia della E/RP, è un dato di fatto che questa sia fondamentale nel trattamento del DOC, a maggior ragione nei casi in cui sono presenti gravi e invalidanti evitamenti e/o compulsioni *overt*, nonché in quelli in cui gli interventi cognitivi che vedremo nel prossimo capitolo siano difficilmente applicabili, ad esempio allorché il timore di contaminazione si basi esclusivamente sul disgusto o sia in gioco primariamente la *Not Just Right Experience*. Risulta quindi difficile immaginare un percorso di trattamento efficace in cui, prima o poi, non si dedichi il tempo necessario all'applicazione della E/RP.

Lo svolgimento di un corretto intervento basato su questa tecnica, come vedremo nel dettaglio nel corso di questo capitolo, implica un'adeguata fase preparatoria durante la quale il terapeuta deve fornire informazioni riguardo al rationale d'intervento, illustrare lo svolgimento della procedura, valutare e accrescere la motivazione del paziente al lavoro comportamentale e costruire insieme a questi la gerarchia espositiva.

Preparazione al lavoro comportamentale

La prima fase del trattamento comportamentale, che può richiedere anche un paio di sedute, si concentra sulla psicoeducazione relativa al disturbo e sulla preparazione alla E/RP.

La psicoeducazione rappresenta una componente fondamentale del trattamento cognitivo-comportamentale del DOC e mira a fornire al paziente, e alla sua famiglia, informazioni circa il disturbo, le sue cause biologiche e ambientali e il suo trattamento. Essa aiuta i pazienti a comprendere la propria condizione, a normalizzare i propri sintomi e ad accrescere la propria motivazione al trattamento. Attraverso la psicoeducazione, inoltre, il terapeuta ha l'opportunità di rafforzare la relazione terapeutica che si è stabilita durante la fase di *assessment* iniziale. Egli trasmette, infatti, calore ed empatia, si mostra in grado di comprendere il problema e dà al paziente l'opportunità di contribuire alla costruzione della propria formulazione del caso.

Fornire informazioni chiare, non solo sui fattori che possono costituire la base fertile per il disturbo, ma anche su quelli che ad oggi lo mantengono e lo alimentano, è un obiettivo molto importante della psicoeducazione. Le informazioni sul lavoro comportamentale possono essere incorporate in questa fase di psicoeducazione generale all'inizio del trattamento, oppure possono essere presentate separatamente, quando il terapeuta introduce il paziente alle procedure di esposizione con prevenzione della risposta. Non è assolutamente detto, infatti, che la fase di trattamento inizi con la E/RP: per alcuni pazienti, essa può rappresentare il principale strumento di intervento; per altri viene programmata solo dopo settimane di lavoro sugli aspetti cognitivi o sulle credenze emozionali; ad altri ancora può non essere mai proposta.

Il terapeuta spiegherà con attenzione il ruolo che i fattori comportamentali, come i rituali, gli evitamenti e le richieste di rassicurazione, hanno nel mantenimento del disturbo. La discussione sui fattori di mantenimento, accompagnata da esempi specifici relativi alla sintomatologia del paziente, aiuta quest'ultimo a comprendere il razionale della terapia e quindi l'utilità del grande sforzo emotivo che gli verrà richiesto, dato che l'eliminazione di tali fattori rappresenta l'obiettivo principale delle strategie comportamentali.

Sappiamo bene che quando le ossessioni si attivano, di fronte a eventi o situazioni scatenanti, causano intensi stati di ansia, disgusto o disagio emotivo. È fondamentale innanzitutto passare al paziente un messaggio validante a tal proposito: è assolutamente comprensibile, poiché le emozioni che questi prova sono autentiche e molto spiacevoli, che quando si attiva un'ossessione sia portato a mettere in atto una compulsione o a usare un'altra strategia per

ridurre il disagio, rassicurarsi o prevenire le conseguenze temute; la messa in atto di compulsioni o di altre strategie di rassicurazione è, infatti, istintiva poiché determina un immediato e significativo declino del malessere e della sofferenza.

È altresì importante che al paziente venga spiegato come, proprio poiché permettono il declino dell'ansia e del disagio, queste strategie comportamentali tendano a rafforzare e a mantenere il disturbo attraverso un processo di apprendimento basato sul rinforzo negativo. Di conseguenza, tutte le volte che questi si troverà in una situazione simile, sperimenterà le stesse ossessioni e gli sarà più difficile astenersi dal mettere in atto la compulsione, che diventerà un comportamento sempre più automatico e indispensabile. Va poi reso noto come, per generalizzazione, stimoli sempre più lontani dall'originale diventino gradualmente in grado di attivare il suo disagio emotivo.

Inoltre, è utile condividere con il paziente come le compulsioni abbiano anche effetti di natura cognitiva: la ripetizione del comportamento compulsivo impedisce a chi lo mette in atto di rendersi conto che la preoccupazione non necessariamente corrisponde alla reale probabilità che determinati eventi negativi si verifichino. Senza accorgersene, quindi, la persona accresce la propria convinzione che il comportamento compulsivo sia in grado di prevenire future catastrofi, maturando l'idea che, se essa non venisse più messo in atto, certamente accadrebbero le cose terribili che immagina. Questo processo, inevitabilmente, ha l'effetto di rendere la persona sempre meno capace di tollerare i rischi e di avere un'adeguata rappresentazione della probabilità degli stessi, aumentando il senso di incontrollabilità del fenomeno e instaurando un ciclo di ossessioni e compulsioni sempre più frequenti e intense (Eysenck & Rachman, 1965; Rachman & Hodgson, 1980).

Similarmente alle compulsioni e alle richieste di rassicurazione, anche l'evitamento contribuisce ad alimentare il circolo vizioso e a mantenere il disturbo. Le compulsioni sono talvolta estenuanti ed è, quindi, comprensibile che chi soffre di DOC tenda a evitare tutto ciò che innesca le ossessioni e lo costringe, di conseguenza, a impegnarsi in simili comportamenti. L'evitamento produce un sollievo dal disagio e, quindi, viene appreso e automatizzato secondo il principio del rinforzo negativo. Inoltre, al pari delle compulsioni, non consente di rendersi conto che le preoccupazioni sono spesso eccessive, perché promuove una lettura confermativa del pericolo e dell'inaccettabilità del rischio («Se non accade niente di quello che temo è grazie al fatto che evito certe situazioni pericolose»). Più a lungo la persona evita una situazione, tanto maggiore sarà il disagio che proverà quando sarà costretta a farvi fronte e tanto più difficile le sarà evitare di mettere in atto i comportamenti disfunzionali, padroneggiando il disagio in modo diverso e più adattivo.

La condivisione di questi concetti in fase psicoeducativa è fondamentale, come già detto, per poter costruire le basi dell'aderenza del paziente al trattamento comportamentale. Ovviamente, per aumentare la comprensibilità di questi contenuti, il terapeuta deve cercare di utilizzare un linguaggio chiaro e adeguato al livello di istruzione e all'età del paziente, fornendo non solo dati empirici ma utilizzando anche esempi e, al bisogno, facendo ricorso a parallelismi e metafore.

Potrebbe essere utile, a titolo esemplificativo, utilizzare la metafora delle sabbie mobili per indicare quanto le compulsioni, rappresentate come disperati tentativi della persona di restare a galla nella melma dei dubbi ossessivi, non facciano altro che farla sprofondare sempre più in basso nel vortice dell'ossessività. Soltanto allargando le braccia e smettendo di lottare contro le sabbie mobili (metafora dello scacciare a tutti i costi certi pensieri o annullarli) la persona potrà veramente tornare a «stare a galla». In alternativa, il DOC può essere descritto come un «ricattatore» che minaccia la persona e induce paure continue. L'unica condizione che mette temporaneamente a tacere il ricattatore è dargli tutto ciò che vuole ma, se all'inizio questi esige solo poco denaro, con il passare del tempo diventerà più minaccioso e pretenderà una cifra sempre maggiore (un numero maggiore di rituali, evitamenti, assicurazioni). Il terapeuta dovrebbe incoraggiare il paziente a ignorare le richieste del ricattatore e a considerare le sue minacce come infondate. È scontato che, se fino ad ora ha sempre pagato e decide di provare a smettere, il ricattatore, almeno all'inizio, reagirà alzando il tono della minaccia. Tanto più riuscirà a non farsi intimorire e a continuare la propria vita come se il ricattatore non esistesse, tanto prima quest'ultimo si rassegnerà a lasciarlo in pace.

Con l'aiuto di queste metafore il terapeuta prepara fin da subito il paziente all'inevitabile aumento della frequenza delle ossessioni e del disagio ad esse connesso che conseguirà ai primi tentativi di interruzione dei meccanismi di mantenimento. Infatti, le prime volte che i pazienti si cimenteranno negli esercizi di esposizione proveranno sicuramente emozioni più intense e sgradevoli del solito, dovute al fatto che improvvisamente hanno smesso di fuggire da certe situazioni che da tempo cercavano di evitare e di utilizzare comportamenti disfunzionali di gestione emotiva. Inoltre, è probabile che notino un temporaneo aumento delle preoccupazioni ossessive. Tuttavia, è molto importante che non si lascino scoraggiare da questi inevitabili effetti della procedura di E/RP, perché sono assolutamente temporanei. È il prezzo da pagare a breve termine per ottenere un successo a lungo termine: per utilizzare la metafora sopra esposta, se il ricattatore all'inizio reagirà diventando più minaccioso, finirà poi per abbassare i toni, e solo in questo modo è possibile liberarsene davvero.

Dato l'inevitabile aumento del disagio emotivo che le procedure di esposizione con prevenzione della risposta generano, il paziente deve essere altamente motivato ad affrontare le proprie paure, ad esporsi — seppur con gradualità — a livelli crescenti di ansia e disagio e a impegnarsi in modo considerevole per prevenire la messa in atto delle risposte compulsive. In alcuni casi è sufficiente fornirgli informazioni chiare sulla natura dell'intervento E/RP e sui benefici significativi che è possibile ottenere grazie a questo. Ove necessario, è possibile aumentare l'aderenza del paziente al trattamento con specifici interventi motivazionali (illustrati nel dettaglio nella parte finale di questo capitolo).

Al paziente dovrà essere spiegato come l'esposizione abbia lo scopo di ridurre a medio/lungo termine il disagio associato agli stimoli usualmente evitati. La ripetizione dell'esposizione consente, infatti, la diminuzione dell'ansia, del disgusto o della NJRE, spesso fino alla loro completa estinzione (soprattutto nel caso dell'ansia), secondo il principio dell'abituazione. Per rendere l'esposizione efficace nel ridurre i livelli di disagio, tuttavia, questa deve essere sempre affiancata dalla prevenzione della risposta. I rituali e le altre strategie comportamentali funzionali a rassicurarsi non consentono, infatti, una sufficiente durata dell'esposizione e la conseguente estinzione del disagio associato agli stimoli.

La prevenzione della risposta comporta l'astensione dalla messa in atto dei rituali compulsivi e di ogni altra risposta che allievi il disagio causato dalle ossessioni. Essa consiste nell'interruzione o, inizialmente, nella riduzione, modificazione o dilazione nel tempo degli abituali comportamenti disfunzionali (*overt* o *covert*) che seguono alla comparsa delle ossessioni, così come di ogni altro comportamento protettivo.

Al paziente possono essere fatti esempi concreti di esposizioni e riduzioni dei rituali applicati a una determinata situazione che lo riguarda, in modo tale che possa iniziare a immaginare concretamente come si svolgeranno questi esercizi terapeutici. A volte l'esposizione sarà ai *trigger* esterni (situazioni, oggetti, persone, ecc.), altre volte ai *trigger* interni (pensieri, immagini, memorie, scenari catastrofici, ecc.) delle paure ossessive. Questi *trigger*, già individuati dal terapeuta nella fase di *assessment* comportamentale, verranno poi riesaminati insieme al paziente per costruire una lista di situazioni che trova attivanti, che evita o che elicitano i sintomi ossessivo-compulsivi in ordine crescente di intensità del disagio associato (gerarchia espositiva).

Essere consapevole che potrà ordinare in modo gerarchico le situazioni da affrontare aiuta il paziente a ridimensionare le proprie preoccupazioni e a sentirsi agente attivo nella pianificazione dell'intervento comportamentale. Se questo non bastasse, il terapeuta può sottolineare come l'esposizione seguirà un

principio di gradualità, in modo tale da rendere sempre sopportabile il grado di disagio. Inoltre, dovrebbe dedicare uno spazio adeguato alla condivisione delle informazioni sulla natura dell'ansia. È importante, infatti, che i pazienti siano adeguatamente informati sulla natura dell'ansia e delle altre emozioni in gioco, per essere più motivati ad affrontarle.

Il terapeuta dovrebbe spiegare come l'ansia sia un'emozione che tutti sperimentiamo e come essa sia, entro certi limiti, estremamente utile. Essa svolge un'importante funzione per la sopravvivenza della specie, poiché rappresenta un utilissimo sistema di allarme, che richiama l'attenzione su un pericolo imminente e predispone l'organismo a una rapida reazione funzionale a preservarne la vita (generalmente, l'attacco o la fuga). Per svolgere la sua funzione di allarme, l'ansia non può aumentare all'infinito e non può avere una durata illimitata: essa aumenta in modo rapido e improvviso ma, dopo un po' di tempo, sia per la sua natura sia perché l'organismo non ha le energie per rimanere a lungo iperattivo, tende ad attenuarsi spontaneamente, anche se non interveniamo in alcun modo per eliminarla. Il disgusto e la *Not Just Right Experience* mostrano un identico andamento nel tempo, anche se caratterizzato da un declino più lento dell'intensità emotiva.

Ai fini del trattamento, è importante che sia ben chiaro questo punto: anche se non viene messo in atto il comportamento che normalmente libera dal disagio emotivo, una volta raggiunto il picco, questo declinerà spontaneamente. Le compulsioni, e gli altri comportamenti disfunzionali che hanno l'intento di procurare sollievo dal disagio, interrompono tale processo naturale. Attendere che il disagio emotivo diminuisca senza fare niente è, quindi, un passo decisivo per spezzare il circolo vizioso del DOC.

Una volta spiegato al paziente le modalità di costruzione della gerarchia espositiva (descritte in seguito in questo capitolo), il terapeuta illustrerà con alcuni esempi le modalità pratiche di esecuzione di un singolo esercizio espositivo: iniziando da una situazione che la persona riesce a fronteggiare, lo aiuterà ad esporsi ad essa senza mettere in atto i rituali o ridurre il disagio in altro modo. Affinché questo si riduca, il paziente deve mantenere il contatto con le ossessioni per un periodo di tempo prolungato senza mettere in atto, oppure riducendo, le strategie di rassicurazione abitualmente utilizzate.

In questa fase si consiglia di non trascurare la condivisione con il paziente degli aspetti pratico-organizzativi del trattamento E/RP in seduta e fuori dallo studio. Le sessioni di esposizione durano solitamente almeno 30-60 minuti e solo quando il paziente sarà in grado di affrontare una situazione con una minima quota di disagio si procederà con scenari maggiormente attivanti. Per ognuno degli *item* della gerarchia, la prima esposizione viene

affrontata in seduta con il terapeuta per poi essere assegnata come compito a casa. L'avanzamento del paziente all'interno della gerarchia viene deciso in modo collaborativo.

Per poter ottenere la riduzione del disagio auspicata, gli esercizi di esposizione e prevenzione della risposta devono essere portati avanti con grande costanza e determinazione; per questo motivo il protocollo include sia esercizi assistiti dal terapeuta sia compiti a casa. È importante anticipare al paziente, già in questa fase, come questi ultimi siano parte integrante ed essenziale del trattamento: alla fine di ogni seduta sarà, infatti, stabilito come, quando e dove dovrà esercitarsi durante la settimana, nonché la durata e la frequenza ideale degli esercizi di esposizione (per maggiori dettagli, si veda il paragrafo relativo all'assegnazione degli *homework* in questo stesso capitolo). L'E/RP, infatti, risulta più efficace e produce effetti più duraturi quando i pazienti svolgono i compiti di esposizione a casa e completano il ciclo di trattamento (de Silva & Rachman, 1992; Foa & Kozak, 1986; Steketee, 1999).

I vantaggi di una costante e corretta esposizione con prevenzione della risposta non saranno soltanto la diminuzione del disagio associato ai *trigger* che scatenano le ossessioni e la riduzione a medio/lungo termine della frequenza di quest'ultime, ma anche l'aumento della percezione soggettiva di auto-efficacia nel fronteggiamento dei sintomi. Infine, l'E/RP costituisce una tecnica fondamentale anche dal punto di vista cognitivo, in quanto da una parte consente al paziente di rendersi conto dell'esagerazione dei propri timori e della inutilità dei rituali nel prevenire le catastrofi immaginate, dall'altra lo rende gradualmente più capace di accettare il rischio che tali catastrofi possano verificarsi, assumendosi la responsabilità di non fare tutto il possibile per prevenirle.

In conclusione, dopo aver discusso col paziente i dettagli dell'intervento comportamentale, è necessario domandargli se ha compreso appieno il razionale della terapia o se ci sono aspetti che non gli sono chiari. È importante, infatti, che l'approccio terapeutico abbia senso per la persona e che, ad esempio, questa sia in grado di spiegarlo a parole sue a un amico o a un familiare. Il paziente viene, dunque, invitato ad esprimere i propri dubbi e a porre al terapeuta eventuali domande sul trattamento, perché questi deve accertarsi che non sussistano residue idee distorte o teorie errate sulla procedura E/RP. È, infine, fondamentale che il paziente sappia che non sarà mai forzato ad esporsi, ma che ogni singolo esercizio comportamentale verrà concordato nel dettaglio.

Talvolta, nonostante siano state fornite informazioni adeguate sul DOC e sul trattamento E/RP, i pazienti possono avere residue aspettative erranee

oppure timori basati su passate esperienze vissute in modo fallimentare. È consigliabile dare un giusto spazio all'analisi dei motivi per i quali eventuali precedenti tentativi possano non aver avuto un buon esito e insistere sulle condizioni necessarie affinché un intervento E/RP sia efficace (tempi, frequenza e corretta esecuzione degli esercizi). Nel caso in cui si riscontrino dei falsi miti riguardo al protocollo, essi potranno essere messi in discussione con un'analisi dei costi/benefici e un confronto dialettico. Questi e altri interventi verranno dettagliatamente illustrati più avanti in questo capitolo.

Come suggerito da alcuni autori (ad esempio, van Niekerk, 2018), è fondamentale sottolineare che le responsabilità dell'esito dell'intervento sono condivise e che il lavoro sarà sempre frutto di una collaborazione paritaria. In tal senso, si potrà procedere con la preparazione ed esecuzione della E/RP solo quando il paziente fornirà il suo pieno consenso, orale o scritto. In alcuni casi, infatti, si può persino optare per la stesura per iscritto di un contratto terapeutico di impegno verso i passi terapeutici (Roper, 2005).

In questa fase di psicoeducazione e preparazione all'intervento comportamentale riteniamo particolarmente utile suggerire al paziente la lettura di un testo specifico — come *Vincere le ossessioni* (Melli, 2018) — che spieghi i concetti sopraesposti, sia perché aiuta il paziente a comprendere e memorizzare quanto illustrato dal terapeuta, sia perché dona credibilità e autorevolezza a quest'ultimo, mostrando come i concetti da lui sostenuti non siano idee o opinioni personali, ma qualcosa di condiviso da esperti riconosciuti.

La procedura di E/RP: elementi chiave

Abbiamo detto, innanzitutto, che la E/RP prevede un'esposizione graduale agli stimoli identificati come capaci di innescare il disagio connesso alle ossessioni. È bene quindi tenere sempre a mente che, nel caso del DOC, si assume che lo stimolo identificato scateni effettivamente il pensiero ossessivo e le emozioni ad esso associate: ne consegue che il terapeuta deve verificare che il paziente non metta in atto strategie più o meno consapevoli (ad esempio, distrazione, auto-rassicurazione) che lo spostino dai contenuti ossessivi, altrimenti l'efficacia della tecnica potrebbe azzerarsi.

La prevenzione della risposta consiste nell'eliminazione, riduzione o dilazione nel tempo del comportamento disfunzionale usualmente messo in atto, primo fra tutti la compulsione. Il rituale compulsivo, mentale o manifesto, non sempre può essere del tutto eliminato in un solo intervento. In questi casi, è possibile concordare con il paziente una sua graduale riduzione per poi

arrivare, con il tempo, a un'eliminazione totale. Pensiamo ad esempio a un lungo rituale di lavaggio delle mani, della durata di 20 minuti, composto da una serie di passaggi standardizzati, conteggi e uso smodato di un particolare sapone. In questo caso, si potrebbe concordare con il paziente un criterio di modificazione della compulsione, a fronte dell'attivazione dell'ossessione, che lo obblighi a stare in contatto con un'attivazione emotiva moderata, ma non eccessiva. Il lavaggio può essere ad esempio ridotto progressivamente nella sua complessità togliendo alcuni passaggi, cambiando il tipo di sapone, modificando la sequenza dei gesti o l'ordine con cui il paziente effettua alcuni passaggi del rituale, oppure riducendo gradualmente il numero di ripetizioni di ogni singolo strofinamento delle mani. Inoltre, si può modificare anche il mezzo con il quale questi ottiene la pulizia, proponendogli l'uso di una salvietta o soltanto di acqua, senza ricorrere a saponi o detersivi. Infine, si può concordare con il paziente l'introduzione di stimoli uditivi distraenti (ad esempio, della musica o un TG), che interferiscano con la sua capacità di concentrarsi durante lo svolgimento del rituale e, di conseguenza, riducano l'accuratezza percepita del lavaggio.

In alcuni casi, le compulsioni possono essersi talmente cronicizzate nel tempo da essere divenute lunghe catene di cerimoniali quotidiani. In queste circostanze alcuni autori (ad esempio, Dèttore, 2002) suggeriscono di attuare una prevenzione della risposta ad andamento retrogrado: si procede cioè suddividendo la catena di cerimoniali in sotto-sequenze ed eliminando una alla volta ciascuna di queste, usualmente partendo dall'ultima per poi arrivare progressivamente alla prima.

In altri casi, soprattutto quando il paziente ha l'urgenza di mettere in atto la compulsione il prima possibile, può essere utile concordare una dilazione della risposta compulsiva, ossia una posticipazione temporale dell'esecuzione della stessa. Una procedura simile potrebbe risultare utile, ad esempio, nel caso di Angela. Il suo bisogno di tornare indietro a controllare di non aver investito nessuno potrebbe essere gestito, da un punto di vista comportamentale, posticipando l'esecuzione della compulsione e aumentando progressivamente i tempi di attesa, in modo tale che la paziente aumenti la propria tolleranza nei confronti dello stato emotivo associato al dubbio e magari arrivi ad attendere un tempo tale da garantire l'estinzione della risposta fisiologica del disagio, tanto da non sentire più il bisogno di mettere in atto la compulsione.

Questa strategia è, talvolta, di difficile attuazione, poiché i pazienti potrebbero essere facilmente in grado di dilazionare a lungo i rituali sapendo che prima o poi potranno effettuarli. Per ovviare a questo inconveniente, è opportuno organizzare le esposizioni in modo tale che esse durino nel

tempo. Ad esempio, un paziente con timore di contaminazione non dovrà limitarsi a toccare gli stimoli elicитanti le sue ossessioni, ma dovrà essere invitato a sporcare anche il proprio corpo, i propri oggetti e i propri abiti. In questo modo, anche lavandosi le mani, rimarrà più a lungo in contatto con la sensazione di essersi contaminato e di aver propagato la contaminazione in modo irreversibile.

Può anche accadere che la persona metta in atto dei rituali alternativi a quello preso in esame, talvolta ben mascherati. Alcuni soggetti potrebbero, più o meno consapevolmente, impegnarsi in comportamenti non riferiti al terapeuta e diversi da quelli oggetto della prevenzione della risposta. In alcuni casi, ad esempio, il paziente potrebbe impegnarsi a non effettuare un controllo, ma chiedere successivamente rassicurazioni ad altri. È quindi necessario accertarsi che il soggetto, dopo gli esercizi di E/RP concordati, non compensi cercando di sedare il disagio attraverso altre strategie comportamentali, anche solo mentali.

Infine, un'attenzione particolare va rivolta alla prevenzione della risposta nel caso delle compulsioni *covert*. Quando i rituali sono messi in atto solo a livello mentale, il terapeuta non ha la possibilità di verificare se effettivamente il paziente sta riuscendo a non mettere in atto la compulsione come stabilito. Inoltre, spesso i pazienti stessi ammettono che le compulsioni mentali sono ormai così automatiche da avere difficoltà a interromperle o posticiparle. In questi casi è consigliabile utilizzare dei compiti di interferenza cognitiva che siano incompatibili con la messa in atto delle compulsioni *covert* (ad esempio, recitare una poesia a memoria o eseguire a voce alta un lungo e complicato conteggio, come sottrarre più volte 7 da 100 fino ad arrivare a 0). I compiti di interferenza possono essere i più svariati, a condizione che implicino un certo grado di impegno cognitivo e che siano controllabili dal terapeuta. L'importante è che impediscano al paziente di mettere in atto il rituale mentale che solitamente utilizza per un tempo sufficientemente lungo affinché l'impulso a metterlo in atto si riduca drasticamente.

Un'ulteriore difficoltà, frequente nei casi più compromessi e con un alto grado di perfezionismo, si può incontrare quando il paziente assume le istruzioni di prevenzione della risposta (o anche i compiti di interferenza assegnati) in modo troppo preciso e standardizzato, facendo sì che essi divengano, involontariamente, dei rituali rassicuratori e finiscano per assumere un valore di sostituzione delle compulsioni. In questi casi, è consigliabile modificare continuamente gli esercizi assegnati, rispettando lo scopo dell'intervento, in modo tale che il paziente non possa assumere le istruzioni del terapeuta come mezzi di compensazione del disagio, trasformandole in un rituale alternativo.

Costruzione della gerarchia espositiva

Come descritto nel capitolo precedente, un buon *assessment* comportamentale è fondamentale per costruire le basi per una corretta ed efficace strategia di E/RP. Tramite questo il clinico dovrebbe, infatti, individuare tutti i possibili *trigger* (interni o esterni) capaci di innescare le ossessioni del paziente.

Il terapeuta deve quindi porre specifiche domande per valutare il grado di disagio che ognuna di queste situazioni attiverebbe nel paziente qualora dovesse affrontarla (e non evitarla) impegnandosi al contempo a non ricorrere ai conseguenti rituali compulsivi o ad altri comportamenti volti a rassicurarsi (o a modificarli o ridurli, come sopra indicato). La tipica domanda da porre più e più volte, tenendo a mente tutti gli evitamenti e le compulsioni del paziente, cambiando le situazioni immaginate e usando sempre il condizionale, potrebbe essere:

- «Se dovesse...
[esposizione a una situazione tipicamente attivante le ossessioni],
sapendo di non poter...
[astensione dalla messa in atto della compulsione o di altri comportamenti disfunzionali volti a rassicurarsi],
quanto disagio pensa che proverebbe?».

Seguono una serie di esempi.

- Se dovesse guidare la macchina da sola, di giorno, in una strada urbana tra casa e ufficio, sapendo di non poter tornare mai indietro a controllare, quanto disagio pensa che proverebbe?»;
- «Se dovesse raccogliere un oggetto caduto a terra nel suo ufficio, sapendo di non poter poi lavare le mani né l'oggetto stesso, quanto disagio pensa che proverebbe?»;
- Se dovesse guardare una scritta che rappresenta il numero 666 — per lei negativo — sapendo di non poterlo neutralizzare mettendo in atto la sua formula mentale, quanto disagio pensa che proverebbe?»;
- «Se dovesse passare davanti al giardino di una scuola materna, con molti bambini che possono attivare le sue fantasie sessuali inappropriate, impegnandosi a non scacciarle dalla mente e a non far niente per sostituirle con pensieri più accettabili, quanto disagio pensa che proverebbe?».

Tenendo a mente che, come illustrato in precedenza, non sempre si può richiedere un'astensione totale dalla messa in atto del rituale e degli altri

comportamenti di gestione del disagio, e che occorre procedere con una graduale modificazione, riduzione o dilazione della risposta, le domande volte a costruire la gerarchia di E/RP possono anche esplorare i livelli di disagio ipotizzati mantenendo la medesima esposizione, ma cambiando la risposta conseguente. Seguono alcuni esempi.

- «Se dovesse raccogliere un oggetto caduto a terra nel suo ufficio, sapendo di non poter poi lavare le mani né l'oggetto stesso, quanto disagio pensa che proverebbe?»;
- «E se dovesse raccogliere un oggetto caduto a terra nel suo ufficio, sapendo di poter lavare l'oggetto e le sue mani con acqua e sapone, ma effettuando una sola insaponatura e un solo risciacquo, quanto disagio pensa che proverebbe?»;
- «Se, invece, dovesse raccogliere un oggetto caduto a terra nel suo ufficio, sapendo di poter lavare l'oggetto e le sue mani soltanto con una salvietta, quanto disagio pensa che proverebbe?».

In ogni caso, la valutazione viene espressa su una scala SUD (*Subjective Units of Distress*) da 0 a 100 in termini di ansia/disgusto/disagio stimato per ogni situazione.

Lo scopo finale è quello di costruire una gerarchia, composta da 10-15 *item*, che rappresentino potenziali esercizi di esposizione con prevenzione della risposta, in ordine crescente di disagio, con *step* il più omogenei possibile (idealmente 5-10 SUD tra un *item* e l'altro) e non sovrapposti tra loro. Tutti gli *item* individuati devono far riferimento a situazioni specifiche e concrete della vita del paziente, non astratte o generali, che possano tradursi facilmente in esercizi di E/RP praticabili nel quotidiano.

Per facilitare la costruzione della gerarchia, si può suggerire al paziente di individuare i due *trigger* posti agli estremi della scala (5 e 100 SUD; il valore 0 non costituirebbe un'esposizione), poi quello intermedio (50 SUD) e, progressivamente, tutti gli altri. Nel caso in cui siano presenti contenuti ossessivi di tipo diverso, è auspicabile costruire gerarchie distinte. È altresì possibile, anche quando le ossessioni sono di un'unica tipologia, creare diverse gerarchie per contesti diversi: in particolare, una gerarchia per gli esercizi da svolgere in studio con il terapeuta e una per quelli da svolgersi all'esterno in autonomia. In questi casi, è consigliabile che il paziente inizi la E/RP esponendosi ai primi gradini della gerarchia «da studio» assieme al terapeuta e che cominci ad affrontare la gerarchia «esterna allo studio» solo dopo 2-3 sedute, una volta interiorizzata correttamente la procedura, per poi procedere nel lavoro utilizzando parallelamente le due scale.

La gerarchia o le gerarchie ottenute possono sempre essere soggette a revisione nel corso della terapia, perché il livello di disagio stimato può variare nel tempo e perché ci si può rendere conto che certi esercizi sono di difficile realizzazione pratica.

Nelle seguenti tabelle (dalla 5.1 alla 5.4) esponiamo alcuni esempi di gerarchie espositive per i diversi sottotipi di DOC che abbiamo illustrato.

Vediamo, innanzitutto, un esempio di scala gerarchica costruita con Giovanni, uno dei pazienti descritti all'inizio di questo manuale (tabella 5.1). Segue la gerarchia costruita con Francesco, che si basa su *trigger* non solo esterni ma anche interni, come spesso accade nei casi in cui la sintomatologia è connessa a pensieri inaccettabili (tabella 5.2).

TABELLA 5.1
Gerarchia E/RP di Giovanni (paura di contaminazione basata sul timore di essere responsabile di danni a sé o ad altri)

SUD 100 – Usare il bagno di un autogrill, senza fare la doccia né cambiarsi gli abiti al rientro a casa e senza ripercorrere mentalmente i movimenti fatti alla ricerca di «contaminazioni».
SUD 90 – Usare il bagno di un bar o ristorante, senza fare la doccia né cambiarsi subito gli abiti al rientro a casa e senza ripercorrere mentalmente i movimenti fatti alla ricerca di «contaminazioni».
SUD 80 – Usare il bagno dello studio del terapeuta, senza fare la doccia né cambiarsi subito gli abiti al rientro a casa e senza ripercorrere mentalmente i movimenti fatti alla ricerca di «contaminazioni».
SUD 70 – Toccare la maniglia della porta del bagno di un bar o un ristorante, senza successivamente lavarsi le mani.
SUD 60 – Toccare la maniglia della porta del bagno dello studio del terapeuta, senza successivamente lavarsi le mani.
SUD 50 – Prendere un autobus o la metro sedendosi, senza fare la doccia né cambiare i vestiti al rientro a casa.
SUD 40 – Prendere un autobus o la metro non sedendosi, senza fare la doccia né cambiare i vestiti al rientro a casa.
SUD 30 – Sedersi su una panchina in un parco, senza fare la doccia né cambiare i vestiti al rientro a casa.
SUD 20 – Sedersi in sala d'attesa senza fare la doccia né cambiare i vestiti al rientro a casa.
SUD 10 – Toccare la maniglia della porta di un bar o di un negozio, senza lavarsi le mani successivamente.
SUD 5 – Toccare la maniglia della porta dello studio (del terapeuta), senza lavarsi le mani successivamente.

TABELLA 5.2
Gerarchia E/RP di Francesco (pensieri/impulsi inaccettabili)

SUD 100 – Sedere sul divano con mia nipote mentre siamo soli in casa, richiamando volontariamente l'immagine di me che la tocco, senza monitorare le mie reazioni corporee alla ricerca di conferme/disconferme di segnali di eccitazione.
SUD 90 – Sedere sul divano con mia nipote mentre siamo soli in casa, senza scacciare i pensieri intrusivi o monitorare le mie reazioni corporee alla ricerca di conferme/disconferme di segnali di eccitazione.
SUD 80 – Sedere sul divano con mia nipote mentre altre persone sono in casa, senza scacciare i pensieri intrusivi o monitorare le mie reazioni corporee alla ricerca di conferme/disconferme di segnali di eccitazione.
SUD 70 – Accompagnare mia nipote all'allenamento di pattinaggio, richiamando volontariamente l'immagine di me che la tocco, senza monitorare le mie reazioni corporee alla ricerca di conferme/disconferme di segnali di eccitazione.
SUD 60 – Accompagnare mia nipote all'allenamento di pattinaggio, senza scacciare pensieri intrusivi o monitorare le mie reazioni corporee alla ricerca di conferme/disconferme di segnali di eccitazione.
SUD 50 – Sostare fuori da una scuola al momento dell'uscita dei bambini, richiamando volontariamente l'immagine di me che li tocco, senza monitorare le mie reazioni corporee alla ricerca di conferme/disconferme di segnali di eccitazione.
SUD 40 – Sostare fuori da una scuola al momento dell'uscita dei bambini, senza scacciare i pensieri intrusivi o monitorare le mie reazioni corporee alla ricerca di conferme/disconferme di segnali di eccitazione.
SUD 30 – Guardare un documentario sulla pedofilia, senza chiedere rassicurazioni ed eliminando la ruminazione sul passato o il ripasso mentale di ciò che è stato detto durante la trasmissione alla ricerca di conferme/disconferme del mio dubbio.
SUD 25 – Guardare un documentario sulla pedofilia, senza chiedere rassicurazioni e riducendo a un massimo di 15 minuti il tempo di ruminazione sul passato o il ripasso mentale di ciò che è stato detto durante la trasmissione alla ricerca di conferme/disconferme del mio dubbio.
SUD 20 – Guardare una scena di un film con bambini svestiti, senza chiedere rassicurazioni né cercare informazioni su Internet riguardo alla pedofilia né ruminare sul passato alla ricerca di una disconferma.
SUD 15 – Guardare una scena di un film con bambini svestiti, senza chiedere rassicurazioni né cercare informazioni su Internet riguardo alla pedofilia e riducendo il tempo di ruminazione sul passato alla ricerca di conferme/disconferme a 15 minuti massimi di durata.
SUD 10 – Guardare un'immagine (ad esempio, pubblicitaria) di intimo per bambini, senza chiedere rassicurazioni né cercare informazioni su Internet riguardo alla pedofilia né ruminare sul passato alla ricerca di una disconferma.
SUD 5 – Guardare un'immagine (ad esempio, pubblicitaria) di intimo per bambini, senza chiedere rassicurazioni né cercare informazioni su Internet riguardo alla pedofilia e riducendo il tempo di ruminazione sul passato alla ricerca di conferme/disconferme a 15 minuti massimi di durata.

Quando siamo di fronte a sintomi connessi primariamente alla NJRE, i passi della gerarchia non si basano tanto sulla presenza di stimoli più o meno attivanti, quanto piuttosto sulla modulazione delle risposte compulsive. Prendiamo come esempio di tale casistica un'ipotetica scala SUD stilata con Monica, la paziente con compulsioni di ordine e simmetria e ripetizione di azioni connesse alla sensazione di incompletezza (tabella 5.3).

TABELLA 5.3
Gerarchia E/RP di Monica (ossessioni di ordine e simmetria basate sul bisogno di completezza e sensazioni NJRE)

SUD 100 – Studiare il giorno prima dell'esame in un ambiente «non perfettamente ordinato» e senza le usuali compulsioni (sottolineare, tornare indietro a rileggere, lasciare le pagine spiegazzate).
SUD 90 – Studiare per un giorno intero in un ambiente «non perfettamente ordinato» e senza le usuali compulsioni (sottolineare, tornare indietro a rileggere, lasciare le pagine spiegazzate).
SUD 80 – Studiare per mezza giornata in un ambiente «non perfettamente ordinato» e senza le usuali compulsioni (sottolineare, tornare indietro a rileggere, lasciare le pagine spiegazzate).
SUD 70 – Studiare per un'ora senza riordinare nulla in camera ed eliminando le compulsioni di tornare indietro a rileggere determinate frasi, lasciare le pagine spiegazzate e sottolineare più volte parole o termini <i>target</i> .
SUD 60 – Studiare per un'ora senza riordinare nulla in camera ed eliminando le compulsioni di lasciare le pagine spiegazzate e sottolineare più volte parole o termini <i>target</i> .
SUD 50 – Studiare per un'ora senza riordinare nulla in camera ed eliminando la compulsione di lasciare le pagine spiegazzate.
SUD 45 – Spargere le penne e le matite sulla scrivania senza allinearle come al solito per almeno 1 ora e intanto studiare restando nella camera.
SUD 40 – Spargere le penne e le matite sulla scrivania senza allinearle come al solito per almeno 30 minuti, restando nella camera.
SUD 35 – Spargere le penne e le matite sulla scrivania senza allinearle come al solito per almeno 15 minuti, restando nella camera.
SUD 30 – Spostare i manuali universitari disponendoli in modalità asimmetrica nella libreria, senza allinearli per almeno 1 ora e intanto studiare restando nella camera.
SUD 25 – Spostare i manuali universitari disponendoli in modalità asimmetrica nella libreria, senza allinearli per almeno 30 minuti, restando nella camera.
SUD 20 – Spostare i manuali universitari disponendoli in modalità asimmetrica nella libreria, senza allinearli per almeno 15 minuti, restando nella camera.

SUD 15 – Lasciare il tappeto della camera in modo non allineato rispetto alla parete, senza sistemarlo per 1 ora e intanto studiare restando nella camera.
SUD 10 – Lasciare il tappeto della camera in modo non allineato rispetto alla parete, senza sistemarlo per 30 minuti, restando nella camera.
SUD 5 – Lasciare il tappeto della camera in modo non allineato rispetto alla parete, senza sistemarlo per 15 minuti, restando nella camera.

Quando il paziente ha timori di contaminazione basati sul disgusto, è consigliabile costruire una gerarchia che tenga conto degli stimoli progressivamente più contaminanti, ma anche degli sforzi che il paziente compie per annullare la sensazione di sporco oppure per proteggere le cose più «intime» della propria casa. Un esempio capace di illustrare tale casistica è la scala costruita con Simonetta (tabella 5.4).

TABELLA 5.4

Gerarchia E/RP di Simonetta (timore di contaminazione basato sul disgusto)

SUD 100 – Tenere sulle ginocchia il proprio gatto, senza lavare le mani successivamente, cambiarsi gli abiti o evitare il contatto con altre zone della casa.
SUD 90 – Accarezzare il proprio gatto, senza lavare le mani successivamente né evitare il contatto con altre zone della casa.
SUD 80 – Sedersi sul gradino esterno al portone di casa (dove il gatto spesso si riposa), senza cambiarsi gli abiti successivamente.
SUD 70 – Sedersi sul pavimento di casa assieme alla nipotina, senza cambiarsi gli abiti dopo.
SUD 60 – Permettere alla nipotina di giocare seduta direttamente sul pavimento di casa e poi non evitare di prenderla in braccio né cambiare gli abiti propri e della bambina.
SUD 50 – Entrare in casa senza togliere le scarpe e mantenere soltanto il lavaggio di mani ridotto (1 unico passaggio) dopo aver pulito casa (pavimento compreso).
SUD 40 – Fare le pulizie domestiche riducendo il lavaggio di mani a un unico passaggio, senza evitare di entrare successivamente in contatto con zone pulite della casa (ad esempio, abiti puliti o letto).
SUD 30 – Fare le pulizie domestiche eliminando la doccia successiva e lavando soltanto le mani 2 volte, senza evitare di entrare successivamente in contatto con zone pulite della casa (ad esempio, abiti puliti o letto).
SUD 25 – Fare le pulizie domestiche e modificare la doccia successiva, eliminando il lavaggio dei capelli e riducendo i tempi della doccia a 15 minuti, senza evitare di entrare successivamente in contatto con zone pulite della casa (ad esempio, abiti puliti o letto).

SUD 20 – Fare le pulizie domestiche e modificare la doccia successiva, eliminando il lavaggio dei capelli e riducendo i tempi della doccia a 30 minuti, senza evitare di entrare successivamente in contatto con zone pulite della casa (ad esempio, abiti puliti o letto).

SUD 15 – Fare le pulizie domestiche e modificare la doccia successiva, eliminando il lavaggio dei capelli e riducendo i tempi della doccia a 45 minuti, senza evitare di entrare successivamente in contatto con zone pulite della casa (ad esempio, abiti puliti o letto).

SUD 10 – Fare le pulizie domestiche e modificare la doccia successiva, eliminando il lavaggio dei capelli, senza evitare di entrare successivamente in contatto con zone pulite della casa (ad esempio, abiti puliti o letto).

Idealmente il punto iniziale dell'esposizione è rappresentato dal gradino più basso della gerarchia, da affrontare assieme al terapeuta: questo è auspicabile al fine di permettere al paziente di verificare il processo di estinzione dell'attivazione percepita. Talvolta, tuttavia, questa regola può essere eccezionalmente modificata decidendo di avviare le esposizioni partendo dagli stimoli che, pur non essendo i meno attivanti, interferiscono maggiormente con il funzionamento dell'individuo, come raccomandato da alcuni autori (Abramowitz & Jacoby, 2015; van Niekerc, 2018).

Osserviamo, ad esempio, la gerarchia di Giovanni: il terapeuta potrebbe considerare la possibilità di iniziare l'esposizione dall'*item* al livello 40 SUD per dare priorità al bisogno espresso dal paziente di tornare a utilizzare i mezzi pubblici, nel caso in cui tale evitamento costituisca un significativo fattore di compromissione del suo funzionamento professionale o sociale.

Qualsiasi sia il criterio di scelta per il punto di partenza, è necessario che la prima esposizione sia della minima intensità possibile e che il terapeuta sia presente per poter verificare la correttezza dell'esecuzione dell'esercizio, elemento fondamentale soprattutto per le prime esposizioni. Questo per garantire che la tecnica fornisca un'esperienza di modificazione delle credenze del paziente e un apprendimento di modalità di gestione più adattive dei propri pensieri ossessivi, oltre a favorire un'adeguata estinzione della risposta emotiva.

Esposizione con prevenzione della risposta in vivo

Una volta ottenuto il consenso del paziente, condiviso il rationale, e costruito la o le gerarchie, si procede chiedendo al paziente di confrontarsi con lo stimolo temuto, astenendosi dalla messa in atto degli abituali comportamenti di regolazione emozionale, oppure modificandoli o posticipandoli come concordato.